ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

ET

RITTI

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

SEPTIÈME SÉRIE. — TOME TREIZIÈME

QUARANTE-NEUVIÈME ANNÉE

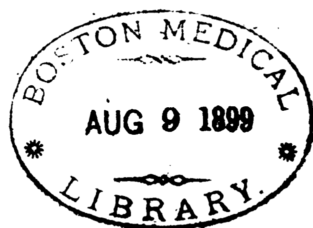
PARIS

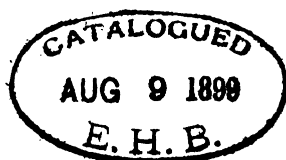
G. MASSON, ÉDITEUR

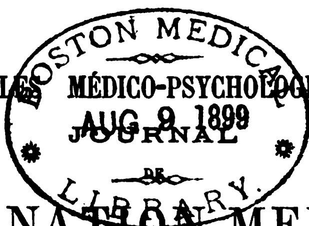
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1891


BOSTON MEDICAL
AUG 9 1899
LIBRARY.


CATALOGUED
AUG 9 1899
E. H. B.



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

Lettre d'Amérique.

Assassinat du Dr Lloyd. — L'intervention du jury dans l'internement des aliénés de l'État d'Illinois. — Législation spéciale de cet État. — Asiles pour les aliénés criminels. — Rapports de la syphilis et de la paralysie générale à l'asile d'aliénés de Kankakee.

L'assassinat récent du Dr George W. Lloyd, directeur adjoint de l'asile de Flatbush (New-York), ajoute un nom nouveau à la liste déjà longue du « martyrologe de la psychiatrie ». Les circonstances de cet assassinat sont vraiment particulières. Le meurtrier, nommé Dougherty, était depuis longtemps déjà atteint d'une maladie mentale où l'électricité et les inventions électriques jouaient un grand rôle ; tout dernièrement il s'était acquis une certaine notoriété par ses démonstrations amoureuses extravagantes à l'égard de l'actrice Mary Anderson, contre laquelle il exerçait une véritable persécution. Il avait été interné à l'asile de Flatbush, d'où il s'était évadé depuis quelques semaines et l'on

supposait qu'il avait quitté la contrée. Aussi, après les délais voulus, avait-il été rayé des cadres de l'asile dont l'administration n'avait plus sur lui aucune autorité. Le 26 septembre dernier, Dougherty reparut à l'asile, armé d'un revolver; il réclamait divers menus objets qu'il y avait laissés, qui lui appartenaient, et qu'on lui remit. La police fut avertie de son attitude et de ses tendances probablement dangereuses, que précédemment on n'avait point suspectées. On n'entendit plus parler de lui jusqu'au 9 octobre au soir, époque où il entra à l'asile, allant directement jusqu'au bureau. Il avait un revolver à chaque main. Il demanda le directeur, qui n'était pas là, et alors, sans prévenir le moins du monde, il fit feu sur le Dr Lloyd, qui fut tué sur le coup.

Si de graves événements de ce genre ne sont pas plus fréquents dans notre pays, ce n'est pas la faute du public, qui, par une sentimentalité mal entendue, est disposé à regarder comme une malheureuse victime, comme un être outragé et persécuté, tout aliéné qui se plaint d'avoir été interné et qui conserve encore assez de raison pour se donner les apparences d'être sain d'esprit. L'administration de l'asile a été blâmée, à tort, ce semble, de n'avoir point retenu l'individu et de ne l'avoir pas mis en état d'arrestation à sa première réapparition. Mais, outre qu'il n'est pas sans difficulté d'arrêter un homme armé et résolu à tout, elle n'avait aucun droit sur lui, et il est probable que si elle avait agi de la sorte, il se serait trouvé un jury sympathique ou un juge qui aurait ordonné de lui rendre la liberté. Le *New-York medical Record*, en parlant de cet événement, rappelle qu'un aliéné dangereux a été ainsi tout récemment mis en liberté sur le verdict d'un jury. Tout aliéné qui veut sortir d'un asile trouve un appui assuré dans le public de ce pays, pour qui la liberté individuelle est la première des considérations. La police paraît avoir

subi l'influence de ces sentiments du public, car on ne voit pas qu'elle ait fait le moindre effort pour s'emparer de Dougherty avant le meurtre. Le fait de considérer avant tout la liberté a donc, du moins dans des cas de ce genre, de graves inconvénients.

— Presque toutes les législatures qui se sont succédé dans l'État d'Illinois, dans les dix ou quinze dernières années, ont eu à examiner des projets de modifications à la loi en vigueur, d'après laquelle l'internement d'un aliéné dans un asile ne peut se faire que sur la décision du jury. Mais il a été, ou du moins il semble avoir été impossible de convaincre les législateurs que n'importe quel autre système serait meilleur. Il est probable que dans la prochaine session de nouvelles tentatives seront faites pour obtenir dans la loi quelques changegements, notamment pour faire décider que l'intervention du jury serait facultative au lieu d'être obligatoire; mais les chances de succès ne paraissent guère plus favorables que dans le passé. En dehors de Chicago et d'une ou deux autres des plus grandes villes de cet État, on ne se rend guère compte des côtés par lesquels la loi pèche. Dans les campagnes, les affaires judiciaires relatives à la folie sont rares; quand il s'en présente, elles subissent des délais qui ne sont pas sans utilité. La Cour du comté se trouve toujours au bout pour s'en occuper, et elle n'a point un nombre d'affaires si grand qu'elle soit obligée d'en différer l'examen. La publicité s'en occupe également moins que dans les villes; aussi ce groupe moyen de législateurs, qui est habitué à regarder les décisions du jury et l'ordre d'*habeas corpus* comme la sauvegarde de la liberté individuelle, estime évidemment que ces particularités de la loi de l'État d'Illinois, non seulement sont excellentes, mais encore sont le moyen le meilleur de pourvoir à l'internement des aliénés. Il est digne de remarque, bien que ce ne soit peut-

être guère étonnant, que tous les individus qui ont passé par les asiles, et qui sont naturellement portés à faire de l'agitation sur tout ce qui concerne les questions d'aliénation mentale, approuvent hautement l'intervention du jury dans ces questions.

La loi actuelle de l'État d'Illinois est due en grande partie aux efforts d'une femme extrêmement active, qui avait précédemment été internée dans un des asiles d'aliénés de l'État. J'ai devant moi un petit livre intéressant pour les aliénistes, écrit par un individu qui a été pensionnaire de l'asile d'aliénés d'un autre État, et où l'auteur soutient énergiquement que l'intervention du jury dans tout cas d'internement d'aliénés, doit être réclamée comme la réforme la plus grande et la plus utile que l'on puisse opérer à ce sujet.

Les seuls malades que les asiles d'aliénés de l'État d'Illinois puissent recevoir sans qu'un jury ait été appelé à se prononcer sur leur folie, sont les condamnés des pénitenciers, qui sont admis simplement sur la présentation d'un certificat du médecin des prisons. Actuellement ces malades sont envoyés aux asiles de l'État, où ils sont dans une condition légale identique à celle des aliénés ordinaires. Cette pratique a présenté des inconvénients, soit au point de vue de la promiscuité des uns et des autres, soit en ce qui concerne les garanties de détention des condamnés ; aussi la dernière législature a-t-elle décidé la construction, pour les criminels aliénés, d'un asile que l'on est en train d'élever à Chester, adjacent à l'une des prisons de l'État. Conformément à la loi qui l'autorise, cet asile recevra non seulement les criminels aliénés, mais aussi les aliénés criminels, désignations dans lesquelles on comprend les individus qui pour cause d'aliénation mentale échappent à la répression des crimes, et également tout aliéné qui, placé régulièrement dans les autres asiles, paraîtrait, à cause

de ses tendances nuisibles ou dangereuses, ne pas pouvoir convenablement être laissé au milieu des aliénés ordinaires. Quand cet asile sera terminé et fonctionnera, il sera le troisième de ce genre aux États-Unis, et sa création constituera un progrès marqué dans l'administration des aliénés de l'État d'Illinois.

— La discussion qui a eu lieu au récent Congrès des aliénistes de France, au sujet des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, donne l'occasion de mentionner ici les particularités suivantes, qui présentent de l'intérêt et qui sont tirées du rapport prêt à paraître sur le service de l'asile d'aliénés de Kankakee. Pendant la période triennale 1888-1890, le total des admissions, réadmissions comprises, a été de treize cent quarante malades. Sur ce nombre, il y a eu soixante-quatorze cas de paralysie générale, dont soixante-quatre hommes et dix femmes. Trente paralytiques, vingt-neuf hommes et une femme, avaient eu la syphilis; en outre, pour neuf hommes et une femme il y avait de grandes probabilités d'antécédents spécifiques, sans que l'ont eût à cet égard de preuves certaines; quant au reste, on n'avait pas pu obtenir de renseignements satisfaisants. Ainsi, en laissant de côté les cas probables, environ quinze pour cent, on trouve environ quarante pour cent de paralytiques atteints de syphilis. Pendant la même période, la proportion de cas de syphilis chez les aliénés non paralytiques a été seulement de deux ou trois dixièmes.

Parmi les causes assignées à la maladie, du moins si l'on s'en rapporte aux papiers d'admission, la syphilis tient également une très grande place et on la trouve indiquée à peu près dans dix pour cent des cas. Une seule autre cause, le surmenage, présente une proportion plus grande, et encore la différence est-elle faible. En dehors des paralytiques, il n'y a qu'un seul cas

d'admission où la syphilis ait été assignée comme cause de la folie.

Prenant en considération ce fait qu'il est, dans la plupart des cas, difficile d'obtenir des renseignements sur les antécédents syphilitiques, et que, par conséquent, d'après toute probabilité, les statistiques à ce sujet sont incomplètes, les indications qu'elles donnent sont certainement significatives.

Kankakee, novembre 1890.

Dr H. M. Bannister.

Pathologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE QUELQUES

FORMES AIGUËS D'ALIÉNATION MENTALE

ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LA PARANOÏA

Par le Dr ROSENBACH,
Privat-docent à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg
(*Clinique du professeur Mierzejewski*)

La doctrine de la paranoïa (folie primaire, délire chronique, délire systématisé, « Verrücktheit, primaere Verrücktheit »), comme elle est admise à présent partout (1), se produisit pour la première fois en Allemagne. Quoique sa première base ait été posée par le Dr Snell (2) dans son rapport au Congrès des naturalistes et médecins allemands en 1865, elle n'a été bien connue qu'après le rapport de Westphal (3) sur cette forme d'aliénation mentale en 1876. Les idées présentées par ces deux auteurs, ont été, dans le courant des années suivantes, défrichées et complétées (au point de vue clinique et théorique) par une série d'autres aliénistes ; elles furent bientôt admises partout et entrèrent, sous une forme plus ou moins accomplie, dans la science et dans la pratique.

Pourtant, si on allait comparer la doctrine actuelle,

(1) Comp. Séglas. *La paranoïa. Archives de Neurologie.* 1887, t. XIII, p. 62.
(2) *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie.* Vol. 22, p. 368.
(3) *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie.* Vol. 34, p. 252.

pour ainsi dire classique, de la paranoïa avec le rapport ci-dessus mentionné de Westphal, qui lui a servi de point de départ, il se manifeste une circonstance qui devrait être bien étudiée. Précisément, en examinant les différents modes du développement de la paranoïa, Westphal indiqua des cas aigus de cette forme d'affection mentale. Dans ces cas-là, d'après sa description, surgit tout à coup un grand nombre d'hallucinations, surtout de l'ouïe, et les idées délirantes, déterminées par les erreurs des sens, prennent le caractère du délire des persécutions, puis du délire ambitieux, propres à la paranoïa. Quelquefois ces deux délires surgissent en même temps. En caractérisant la marche de la paranoïa, Westphal mentionne, à propos de la forme aiguë, qu'elle est accompagnée quelquefois pendant un certain temps ou continuellement d'une excitation motrice allant jusqu'à la fureur, et que le sujet même du délire et les hallucinations ne peuvent toujours être considérés comme cause de l'excitation; celle-ci, au contraire, s'ajoute plus ou moins indépendamment aux idées délirantes. L'aspect de la maladie prend, par conséquent, une grande ressemblance avec la manie, et encore il faut y joindre bien des cas, que Kahlbaum place dans le groupe de la catatonie.

Plus tard, en parlant de la «Verrücktheit» (délire systématisé) en général, sans mentionner la forme aiguë, il dit que quelquefois, au lieu d'excitation motrice, on observe l'arrêt des impulsions motrices; on doit y placer beaucoup de cas qu'on désigne sous le nom de la mélancolie avec stupeur, et qui, à proprement parler, n'appartiennent pas du tout à la mélancolie. Puis il faut noter sa remarque, que l'aspect clinique de la « Verrücktheit » peut être modifié par un trouble formel de la marche des idées, qui atteint parfois une confusion complète. Enfin, Westphal a noté dès cette époque, outre le mode

aigu du développement, la marche aiguë de cette forme et la nécessité de placer la « Verrücktheit » parmi les formes curables de l'aliénation mentale.

Sans doute, l'affection mentale, décrite ainsi par Westphal, n'a point de ressemblance avec les particularités reconnues dès le principe comme constituant la paranoïa dans le sens de Snell, et qui sont restées essentielles dans la doctrine contemporaine de la paranoïa typique. En effet, ces caractères sont : une période prodromique très longue qui dure des mois ; le développement latent du délire, qui permet au malade de passer longtemps dans le monde pour un homme entièrement bien portant et de s'occuper de ses affaires et même d'exercer des professions très compliquées ; puis, la lucidité de la conscience et la conservation presque entière de l'intelligence, même quand le délire s'est systématisé et manifesté au dehors ; avec cela, l'absence des troubles des sentiments, d'excitation motrice et de stupeur ou, du moins, l'apparition seulement épisodique et fortuite de complications pareilles ; enfin, une durée illimitée, comptant des années et des dizaines d'années, sans aucune chance de guérison. Sans doute, il est difficile de trouver quelque chose de commun entre ces deux maladies, et il reste à savoir comment on a pu les prendre pour deux formes différentes de la même « Verrückheit ».

L'origine de cette manière de voir, il la faut chercher à notre avis dans l'histoire de la naissance de la doctrine du délire systématisé.

En Allemagne, jusqu'à la seconde moitié de notre siècle, les aliénistes considéraient l'aliénation mentale en général comme un processus chronique, parcourant, d'après une loi précise, diverses phases : La folie débute toujours par des troubles des sentiments : ainsi, tout d'abord, le malade devient mélancolique, puis se

manifeste une période d'excitation (manie). Si le processus morbide ne s'arrête pas à cette période, l'affection mentale atteint le deuxième stade, pendant lequel les troubles des idées et de la volonté (le délire) ne constituent pas les suites des troubles des sentiments, mais dépendent d'une perversion indépendante de l'idéation, coïncidant pour la plupart avec un affaiblissement intellectuel. Cette doctrine est développée dans l'ouvrage célèbre de *Griesinger* (1), le représentant principal de la psychiatrie scientifique en Allemagne vers le milieu de notre siècle. Une opinion semblable sur la nature de l'aliénation mentale a été développée aussi vers la fin du siècle dernier par un aliéniste italien, le Dr *Chiarugi*. Contrairement à ce point de vue, *Snell*, en 1865, publia toute une série d'observations, démontrant la possibilité du développement primitif d'une affection mentale, caractérisée par un délire indépendant systématisé, c'est-à-dire qui correspond à la catégorie de la *Verrücktheit*, sans que ce délire soit précédé d'une période de mélancolie ou de manie. Ainsi ce délire peut surgir spontanément, il est l'essence même de la maladie, il en est le symptôme le plus important. Puisque jusqu'alors on considérait un tel délire comme phénomène consécutif, secondaire, on a naturellement choisi pour cette forme d'aliénation le terme de « *primaere* Verrücktheit » (quoique *Snell* lui-même la désignât par l'ancien nom français « monomanie »). Il faut remarquer qu'après avoir pris connaissance de l'importante étude de *Snell*, *Griesinger*, dans une de ses dernières publications — une leçon faite en 1867 à la Charité de Berlin, — acceptant les idées de *Snell* (2), affirma

---

(1) Griesinger, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Ce livre, depuis 1845-1867, a eu en Allemagne quatre éditions et a été traduit en français, en anglais et en russe.

(2) Griesinger, *Archiv für Psychiatrie*, vol. I, p. 148.

qu'il était persuadé de la possibilité du développement primitif des états ci-dessus mentionnés et qu'il ne les regardait plus comme secondaires.

Toute la portée des circonstances qui ont permis de confondre les formes aiguës et chroniques de l'affection que nous étudions, ressort clairement des débats de l'Assemblée annuelle des aliénistes allemands, tenue à Nuremberg en 1877. Dans cette réunion, le Dr *Tigges* fit un rapport sur l'organisation de la statistique officielle des maladies mentales (1), et à cette occasion, dans la classe des affections mentales simples (folies simples — groupe comprenant les psychoses fonctionnelles, non compliquées d'affection organique du cerveau, d'épilepsie, d'alcoolisme, etc.), il établit le groupe de la « Wahnsinn », qui coïncide avec la « primaere Verrücktheit », en ne séparant nullement la forme aiguë de la forme chronique. En motivant sa classification, il désigna comme la particularité caractéristique de la «Wahnsinn» — contrairement à la mélancolie et à la manie—que dans le premier cas le phénomène principal consiste en une production plus ou moins grande d'idées délirantes avec conservation de la faculté de penser sous d'autres rapports, et que les troubles des sentiments y constituent un élément secondaire; le délire de la mélancolie et de la manie peut, il est vrai, avoir une grande ressemblance avec le délire de la «Verrücktheit», mais, dans ce cas-là, il dépend d'un trouble primitif des sentiments. Dans la discussion sur ce rapport, le professeur *Meynert* remarqua que, depuis 1870, il trouve plus de cas qu'autrefois à classer sous la rubrique « Verrücktheit », ce qui naturellement diminue la quantité des malades portés sous le rubrique de la manie et de la mélancolie.

(1) *Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie*, vol. XXXIV, p. 731 et suiv.

Ainsi, dans le compte rendu de sa clinique de 1871, les deux derniers groupes forment 26.4 et 37.2 p. 100 et la « Verrücktheit » — 10.3; en 1874, ces chiffres changent en 10.0, 13.5 et 20.8. Le compte rendu de 1876 présente une très grande importance, parce qu'il embrasse 1,193 malades. Aussi *Meynert* fut alors persuadé que les paranoïques (Verrückte) constituent la majorité des aliénés, et que la mélancolie et la manie sont des affections assez rares; parmi les 1,193 malades, il n'y en avait que 3.8 p. 100 atteints de mélancolie, 5.2 p. 100 maniaques, 3.5 p. 100 fous furieux et le plus grand nombre, c'est-à-dire 23 p. 100 des malades, doivent être désignés comme « Verrückte ». D'après *Meynert*, cette catégorie comprend aussi le délire primitif hallucinations (primaerer hallucinatorischer Irresinn) et l'hypocondrie avec des idées délirantes.

A cette assemblée, sur la proposition du professeur *Meynert*, la folie primaire (primære Verrücktheit, respective primaerer Wahnsinn) fut reconnue à l'unanimité comme une forme distincte, tandis que de sa modification aiguë, notée par le professeur *Westphal*, il ne fut même pas question.

Plus tard, la catégorie de la folie primaire servit presque uniquement pour indiquer la forme chronique, et dans la première édition des manuels de *Schüle* et de *Krafft-Ebing* — de ces représentants des doctrines principalement admises dans l'École allemande des aliénistes de 1875-85, largement répandues aussi en Russie et en partie en Italie, il n'est pas même question de la forme aiguë.

De même, en France, où l'étude de la paranoïa s'est faite tout à fait indépendamment de l'École allemande, ce n'est que la forme chronique qui attira sur elle toute l'attention, comme une affection spéciale. L'École psychiatrique française qui a eu des fondateurs aussi émi-

nents que *Pinel, Esquirol*, et des cliniciens illustres, tels que *Baillarger*, *Lasègue*, *Falret*, *Morel* et autres, se développa indépendamment de l'influence de la psychiatrie allemande et établit des points de vue cliniques tout à fait originaux, avec des noms de maladies propres à elle seule. Les malades, atteints de la folie primaire, n'étaient pas, en France, reconnus comme tels ; suivant le stade de la maladie et ses manifestations, on les classait parmi les malades atteints de monomanie, de mélancolie, du délire des persécutions, mégalomanie, etc. Ce n'est que depuis 1883 que *Magnan*, en partie par lui-même, en partie par les articles et les thèses de ses élèves, se mit à l'œuvre pour démontrer l'existence d'une forme d'aliénation mentale qu'il proposa de nommer le délire chronique. D'après ces descriptions, elle se caractérise justement par les mêmes symptômes, qui font l'essence de la forme typique de la paranoïa chronique des auteurs allemands. Il y a, sans doute, quelques points dans la doctrine du délire chronique de M. *Magnan* qui diffèrent de la théorie généralement admise de la paranoïa, mais ils ne sont pas très importants et ont été marqués dans les débats de la Société médico-psychologique française.

Pour le but de cet article, nous n'avons pas besoin d'entrer dans les détails de ces débats, très intéressants et très instructifs sous beaucoup de rapports; ils ont occupé la Société pendant près de deux ans (depuis la séance du mois d'octobre 1886 jusqu'à celle du mois de juin 1888). Parmi les différentes considérations des aliénistes français sur ce sujet, l'opinion qui répond le mieux à la doctrine allemande de la paranoïa est la manière de voir du Dr *Falret* (1), fondée sur ses observations cliniques, quoiqu'il n'admette pas la nouvelle dénomination de la maladie, proposée par M. *Magnan*.

(1) *Annales médico-psychologiques*, 1887. Mars, p. 261 et suiv.

Dans tous les cas, les partisans des idées de M. *Magnan* (MM. *Briand*, *Gérente*, *Garnier*, *Marandon de Montyel*) ainsi que ses adversaires (MM. *Ball*, *Séglas*, *Dagonet*, *Christian*), ne parlent dans leurs discours que de la forme chronique de la paranoïa.

Cependant, dans la littérature psychiatrique allemande, après l'étude du Dr *Westphal*, on confondait souvent la forme chronique et la forme aiguë, comme, par exemple, dans les articles de *Hertz* (1) et de *Schaefer* (2), qui ne contiennent, du reste, rien de nouveau sur ce sujet. Dans la thèse très importante du Dr *Mercklin* (3), la forme aiguë est considérée comme une des cinq modifications du délire chronique (paranoïa). Cet auteur, vu le pronostic très favorable de la forme aiguë, soulève déjà la question de savoir s'il ne faut pas la détacher entièrement de ce groupe, lorsqu'il avoue qu'on la confond souvent avec la manie.

Bientôt cependant différents auteurs ont essayé de distinguer la folie aiguë comme une forme qui n'a rien de commun avec le délire systématisé primaire (paranoïa).

En 1880, le Dr *Fritsch* (4), de la Clinique psychiatrique de Vienne, désigna des cas de maladie mentale, identiques avec la forme aiguë de la « Verrücktheit » de *Westphal*, sous le nom de confusion (*Verwirrtheit*). Bien justement, il fait remarquer qu'un pareil état psychique est souvent observé comme un épisode de l'épilepsie, de l'hystérie, puis quelquefois dans les graves lésions organiques du cerveau; mais qu'en outre, on rencontre toute une série de cas, dans lesquels la « confusion » constitue une psychose indépendante, idiopathique.

---

(1) *Allgem. Zeitschrift f. Psychiatrie*, vol. XXXIV, p. 271.
(2) *Ibidem*, vol. XXXVI, p. 214.
(3) *Studien über die primaere Verrücktheit.* Dorpat, 1879.
(4) *Jahrbücher für Psychiatrie*, II Bd, 1880, p. 27.

Fritsch insiste que malgré les points de contact qui existent entre cette forme et le délire systématisé (paranoïa), quant à la prédominance des erreurs des sens et des idées délirantes, ces deux formes de l'aliénation mentale doivent être totalement séparées au point de vue clinique.

La manière de voir du professeur *Meynert*, exprimée par lui, en 1881, dans son article : « Sur les formes aiguës (hallucinatoires) de la folie et leur marche » (1), a beaucoup de rapport avec le point de vue de *Fritsch*. Il choisit pour elles le nom « *hallucinatorische Verwirrtheit* » et montre encore, comme trait caractéristique de cette forme, que précisément en cas d'incurabilité elle se transforme en folie générale (allgemeine Verrücktheit), contrairement au délire systématisé qui reste toujours partiel.

Puis, en 1885, *Mayser* (2), en comparant la marche du délire hallucinatoire aigu avec les états généraux psychiques qu'on observe après les affections fébriles aiguës (les « psychoses asthéniques » de *Kraepelin*), et, avec les psychoses toxiques, les troubles psychiques qui sont causés par l'inanition et l'isolement des prisonniers les réunit tous dans un même groupe, celui du *délire asthénique*. Cette généralisation est fondée sur une particularité commune à tous ces états, à savoir que la conscience des malades, sous l'influence d'une énorme production d'hallucinations, d'illusions et de différentes idées délirantes qui surgissent en même temps, prend un caractère chaotique, semblable à l'état de rêve. La constance de ce changement de conscience, contrairement à la lucidité de conscience dans le véri-

(1) Die acuten (hallucinatorischen) Formen des Wahnsinns und ihr Werlauf. *Jahrbücher für Psychiatrie*, 1881, p. 181.

(2) Zum sogen. hallucinator. Wahnsinn. *Allg. Zeitschr. f. psych.*, v. 42, p. 1.

table délire systématisé, est tellement grande qu'aucun des auteurs qui ont écrit sur les formes aiguës du délire n'oublie de mentionner dans sa caractéristique le symptôme de confusion, et l'école de *Meynert* emploie même ce mot pour déterminer la maladie elle-même.

Il n'y a pas longtemps, cette généralisation fut admise et encore élargie par le professeur *Wille* (1). Parti de ce point de vue, il réunit dans un groupe de *Verwirrtheit* toutes les affections psychiques indépendantes, caractérisées par le symptôme de confusion, et y fait entrer le délire aigu (*delirium acutum*) ; cependant, il admet l'existence de la forme *paranoïa acuta*, qui, d'après lui, diffère de la *confusion* par un délire systématisé et plus déterminé.

Pour compléter cet aperçu historique, nous ajouterons encore que cette forme a été décrite et illustrée de quelques observations cliniques par le D[r] *Conrad* (2), sous le nom de « *hallucinatorische Verworrenheit* » (confusion hallucinatoire). Il remarque très justement que dans beaucoup d'asiles (il écrivait en 1885), cette forme est, ou tout à fait inconnue, ou au moins méconnue. Il constate dans sa communication que sur 83 cas de cette forme, observés à la clinique du professeur *Meynert*, il y avait 44.5 p. 100 de guérisons.

Le changement des notions scientifiques sur la forme « Verrücktheit », qui s'est produit de cette manière en Allemagne pendant les dernières années, se manifeste très nettement dans la différence qu'on constate entre la première édition du *Manuel de Krafft-Ebing* et les éditions suivantes du même livre. Nous avons mentionné

---

(1) Die Lehre von der Verwirrtheit. *Archiv für Psychiatrie*, 1888, vol. XIX.

(2) *Archiv für Psychiatrie*, 1885, vol. XVI, p. 522.

ci-dessus que, dans la première édition, traduite aussi en russe, dans le chapitre du délire systématisé primaire, l'auteur ne décrit que la forme chronique et typique de cette affection, tandis que la forme aiguë, qui fait l'objet de nos considérations, n'a pas du tout trouvé sa place dans la classification de l'auteur.

Pourtant, dans les éditions postérieures, ces états aigus, sous le nom de « Wahnsinn », constituent un groupe des psycho-névroses bien déterminé, telles que la mélancolie, la manie et la démence primaire. *Krafft-Ebing* dit lui-même que les états, décrits par lui dans la catégorie de la « Wahnsinn », correspondent à ce que les autres auteurs appelaient le délire primaire aigu, confusion hallucinatoire, manie hallucinatoire, enfin *delusional stupor* (Newington) (1). Puis il remarque, à propos de cette maladie, qu'il n'a jamais constaté qu'elle se tranforme en paranoïa systématisée, ce qui se comprend très bien au point de vue théorique. Il serait donc tout à fait erroné de l'envisager comme la paranoïa aiguë. Il s'agit ici de processus tout à fait différents au point de vue de leur pathogénie, comme au point de vue clinique, pronostique, etc., et qui ont besoin, par conséquent, de noms différents. *Krafft-Ebing* a observé la guérison dans plus de 70 p. 100 des cas.

Cependant, dans la « Psychiatrie clinique », publiée en 1886 par le Dr *Schüle* (2), nous retrouvons de nouveau deux formes de « délire systématisé primitif » ou paranoïa, la forme aiguë et la forme chronique, réunies dans le même chapitre, comme un seul groupe des psychoses du cerveau invalide. Pourtant cet illustre clinicien, doué d'un esprit profond, distingue d'une

(1) *Lehrbuch der Psychiatrie*, 3e éd. 1888, p. 399.
(2) Ce livre est traduit en français, sous le nom de *Traité clinique des maladies mentales*. Paris, 1888.

manière tranchante ces deux formes; il considère la forme aiguë comme un état hallucinatoire, de rêve, avec perte du moi, comme faculté directrice, provoquée par des erreurs des sens, l'accablant soudainement. Puis, il montre la nécessité de bien distinguer les formes aiguë et chronique ; vu que la paranïoa chronique rentre plutôt dans le cadre de la folie dégénérative, tandis que la forme aiguë appartient au groupe des psychonévroses. Il ne les réunit qu'à cause des formes intermédiaires, qui ne sont, pour ainsi dire, que la répétition abrégée de la forme chronique et dans lesquelles la maladie débute par le délire typique de persécution, suivi d'un état expansif, avec un délire religieux, mystique ou érotique, et la conscience reste assez lucide pour que le délire puisse se systématiser. En outre, la paranoïa chronique nous offre dans sa marche des exacerbations qui, en résumé, ne sont pas autre chose, que la folie hallucinatoire aiguë, c'est-à-dire la forme aiguë de la « Wahnsinn ». Enfin cette dernière forme, dans les cas incurables, se transforme souvent, d'après les observations de *Schüle*, en délire chronique et systématisé (1).

Malgré toutes ces réserves, qui obligent le Dr *Schüle* de rapprocher les formes aiguë et chronique, il décrit la première séparément, dans un chapitre à part, plus en détail que tous les autres auteurs, et distingue toute une série de ses variétés : délire systématisé aigu sensoriel avec hallucinations, mélancolique, maniaque, avec stupeur, avec « *status attonitus* », et pour chacune de ces variétés il établit encore des types divers (2).

Dans la littérature russe, la question de la séparation des formes aiguë et chronique a été soulevée par le

---

(1) Comp. *Traité clinique* de Schüle, trad. française, p. 121, 123.
(2) *Ibidem*, p. 167.

Dr *Ouspensky* (1), qui pourtant ne se prononce pas catégoriquement et laisse la question ouverte.

Dans son article sur la « folie pareille au rêve », le Dr *Orchansky* (2) s'arrête surtout sur l'analyse psychologique de ces complexus de symptômes et sur le rapport de la confusion de la conscience avec la démence. Il pense que la « folie pareille au rêve » n'apparaît que comme un épisode de courte durée ou crise, ou bien comme une certaine phase dans la marche d'une psychose compliquée. Suivant lui, ce trouble apparaît le plus souvent dans la marche du délire systématisé, aigu ou chronique, et surtout dans les formes dégénératives. Enfin il remarque qu'on rencontre des cas avec une marche typique, une courte période initiale de confusion, suivie d'un stade de délire et une période finale de trouble de la conscience. Ces cas-là, il propose de les nommer « psychoses pareilles au rêve ».

Quant à l'école des aliénistes français, nous avons déjà vu qu'elle n'était pas tombée dans l'erreur de confondre les formes aiguë et chronique du délire primitif, dans une seule forme morbide. Mais d'une autre part la forme aiguë, qui nous occupe ici, n'a pas été bien longtemps reconnue comme une psychose spéciale, indépendante, et les malades, qui en étaient atteints, furent placés dans de divers autres cadres nosologiques, comme la mélancolie, la manie, la démence, etc. Nous

---

(1) *Archives (russes) de psychiatrie, neurologie*, etc. « De la symptomatologie de la folie aiguë ». Dans la littérature russe (*Messager de psychiatrie et neuropathologie* du professeur Mierzejewski), se trouve aussi un article du Dr Greidenberg. « Contribution à l'étude de la folie aiguë hallucinatoire » (en 1885), dans lequel l'auteur décrit cinq cas du délire primitif aigu, comme variété aiguë de la paranoïa hallucinatoire. Dans ce même article, on trouve des renseignements bibliographiques.

(2) Cet article est publié en allemand dans « *Archiv für Psychiatrie* », 1889, vol. XX. (Ueber Bewustseinstörungen und deren Beziehungen zur Verrücktheit und Dementia.)

pouvons citer, par exemple, une observation publiée dans un travail d'*Ach. Foville* (fils), dans le chapitre de la mégalomanie (1). D'après sa description, la maladie constitue un véritable accès de folie aiguë ; le début en est brusque, les symptômes apparaissent tous ensemble, ils n'en sont pas moins au grand complet. Hallucinations, illusions, idées de persécution et de grandeur entremêlées, croyance à une parenté avec les Bourbons, erreurs sur la personnalité des personnes étrangères et sur la sienne propre, rien n'y manque ; dans ce cas-là naissent d'emblée toutes les idées qui d'ordinaire mettent des années, même beaucoup d'années, à se produire. L'auteur remarque d'ailleurs qu'il n'a jamais plus rencontré un cas semblable. Il n'y a point de doute que cette observation rentre dans le domaine des formes aiguës faisant l'objet de notre étude.

D'autre part, on pourrait probablement y joindre une variété de la mélancolie, qui a été décrite il n'y a pas longtemps par le Dr *Falret.* Cet éminent clinicien est parvenu à distinguer une forme spéciale de la mélancolie dépressive et qui, d'après lui, débute par la dépression, arrive peu à peu à l'excitation maniaque, puis à la stupeur persistante et finit souvent par la guérison (2).

Enfin, ces formes aiguës ont été bien connues sous le nom de délire d'emblée. Quant à ce dernier, il a été considéré par M. *Magnan*, qui l'appelle aussi délire primaire, multiple, polymorphe, comme un des syndromes psychiques de la dégénérescence mentale (3).

(1) Étude clinique de la folie avec prédominance du délire des grandeurs. Paris, 1871, p. 352.
(2) *Annales médico-psychologiques*, 1890. I, p. 90.
(3) Compar. la classification de M. Magnan, dans ses leçons cliniques sur le délire chronique. *Progrès médical*, 1889, n° 22, p. 409.

Cette question a été étudiée à fond dans la thèse de M. *Legrain*, qui a adopté les idées de son maître, M. *Magnan*. On y trouve un grand nombre d'observations de cette forme et l'auteur fait tout son possible pour prouver que le délire d'emblée est la propriété spéciale des dégénérés (1).

Nous croyons que ce point de vue est trop exclusif et, comme nous l'avons déjà dit, des cliniciens tels que *Krafft-Ebing*, *Schüle* et autres ne prennent pas la forme aiguë de la « Verrücktheit » pour une manifestation de dégénérescence mentale. Encore, faut-il remarquer que le délire d'emblée, dont parle MM. *Magnan* et *Legrain*, n'embrasse pas toutes les variétés de notre forme aiguë. Enfin, malgré toute la valeur scientifique de la doctrine de M. *Magnan* sur la folie des dégénérés, on ne peut admettre sa synthèse qu'avec beaucoup de restrictions; elle a, en effet, trouvé de nombreux adversaires au sein même de la Société médico-psychologique de Paris (2).

Par cet aperçu historique, nous voyons qu'à mesure que les observations cliniques se sont accumulées et qu'on les a plus profondément analysées, on a vu se produire la tendance à reconnaître les formes aiguës comme un groupe indépendant d'aliénation mentale, mais que cette question, jusqu'à présent, n'est pas encore suffisamment élucidée pour qu'il ait pu se former sur elle une opinion admise par tous, de même que sur le rapport des formes aiguës avec la forme chronique du délire chronique, du délire systématisé.

La question des formes traitées dans ce travail n'ayant pas été, jusqu'à présent, considérée de la même

---

(1) Du délire chez les dégénérés. Paris, 1886, p. 131 et suiv.
(2) Comp. la discussion sur la folie héréditaire et la classification des maladies mentales. *Annales médico-psychologiques*, 1885, 1888, 1889.

manière par les diverses écoles psychiatriques, je me permets de présenter ici aux lecteurs quelques observations de la forme aiguë, prises dans la clinique du professeur *Mierzejewski*, à qui je dois témoigner ma profonde reconnaissance pour son aimable permission de profiter de ses matériaux cliniques.

(*A suivre.*)

NOTE

SUR LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Par le Dr CAMUSET,
Médecin directeur de l'asile départemental d'aliénés de Bonneval.

La syphilis est-elle un facteur étiologique de la paralysie générale, et si elle en est facteur, en est-elle un facteur puissant? — Comment agit-elle? Par une influence directe ou par ce qu'on pourrait appeler une influence indirecte? En d'autres termes : La paralysie générale est-elle un accident tertiaire ou héréditaire, ou bien, est-elle une sclérose interstitielle diffuse vulgaire de l'encéphale, provoquée par une cause banale chez les sujets en puissance de syphilis et ayant acquis, du fait même de la syphilis, une prédisposition spéciale? — Quelle est l'influence du traitement antisyphilitique sur l'affection? etc.

Toutes ces questions, d'un intérêt majeur évident, aussi bien au point de vue doctrinal qu'au point de vue pratique, sont à l'ordre du jour; mais elles sont aussi difficiles qu'elles sont intéressantes et il ne semble pas qu'on les ait, jusqu'à présent, beaucoup élucidées.

Il est probable que la première et la principale d'entre elles : « La syphilis est-elle un facteur étiologique de la paralysie générale? » finira par être résolue au moyen

de statistiques bien faites. Dans le dernier Congrès de médecine mentale tenu à Rouen, on a, je crois, projeté un questionnaire méthodique qui sera d'une grande utilité. Mais la difficulté consistera presque toujours à savoir si, oui ou non, les paralytiques généraux ont eu la syphilis.

Tous les aliénistes savent combien les renseignements qu'ils peuvent se procurer sur ce point sont vagues. Dans le peuple, dans la classe ouvrière, on comprend généralement toutes les maladies vénériennes sous le nom de vérole. En plus, la syphilis passe parfois inaperçue, cela dans toutes les classes de la société. Enfin, on se heurte souvent à la mauvaise foi des familles, les intéressés en démence ou délirants ne pouvant fournir des renseignements rigoureux sur la santé antérieure. On a bien les stigmates de la syphilis pour s'éclairer; mais ces stigmates n'existent pas toujours et, quand ils ne sont pas absolument typiques, il faut, pour les reconnaître, une pratique, une expérience spéciale.

Quoi qu'il en soit, il est certain qu'avec le temps on parviendra à établir la proportion des cas dans lesquels la paralysie générale aura été précédée de la syphilis. Les déductions découleront naturellement alors de la valeur de cette proportion.

Dès à présent, tous les médecins qui dirigent leurs recherches sur ce point de la science : les rapports qui existent entre la syphilis et la paralysie générale, ne doivent pas oublier une donnée fondamentale que plusieurs d'entre eux semblent parfois perdre de vue. En supposant que la paralysie générale d'origine syphilitique existe réellement, il ne faut pas la confondre avec la syphilis du cerveau : sclérose, gomme, méningite, artérite, etc.

Il est reconnu depuis longtemps que des manifestations syphilitiques de l'encéphale peuvent s'accompa-

gner d'un appareil symptomatique qui rappelle celui de la paralysie générale et qui même parfois est identique avec lui. C'est là un fait classique.

Mais on ne doit pas s'occuper de cette syphilis cérébrale, de cette pseudo-paralysie syphilitique ; c'est de la paralysie générale vraie qu'il s'agit.

Il est du reste facile, pour rendre la question tout à fait claire, d'établir une comparaison avec une maladie nerveuse très répandue et dont les connexions avec la syphilis ont été beaucoup discutées aussi. C'est le tabes dorsalis, la sclérose de la portion radiculaire des cordons postérieurs de la moelle épinière.

On a d'abord confondu les causes de l'ataxie locomotrice avec celles des autres myélites en général : excès de fatigue, influence du froid humide, excès vénériens, chocs, etc... Puis on a trouvé que la cause majeure, la cause prédisposante par excellence était la tare névropathique héréditaire, les autres causes n'étant plus que des causes occasionnelles. C'est cette opinion que soutient actuellement M. Charcot.

Mais en face de cette doctrine, il en existe une autre, celle de M. Fournier. L'ataxie locomotrice serait, dans la grande majorité des cas, causée par la syphilis, non pas qu'elle soit un accident direct de la syphilis, mais cette diathèse prédispose spécialement à la sclérose des cordons postérieurs. Les autres facteurs étiologiques n'ont plus alors qu'une influence secondaire, déterminante. Pourtant, la sclérose une fois établie, la vérole lui devient, pourrait-on dire, étrangère, le traitement spécifique demeure sans action. Telle est bien, je crois, la doctrine de l'école de M. Fournier.

Et de même que de véritables lésions syphilitiques cérébrales peuvent donner les symptômes de la méningo-encéphalite diffuse, de même aussi des scléroses partielles, des tumeurs syphilitiques situées sur les cordons

postérieurs de la moelle ou dans leur voisinage provoquent des scléroses ascendantes de ces cordons postérieurs et peuvent donner des symptômes analogues ou semblables à ceux du tabes dorsalis. Ces faux tabes seront parfois justiciables du traitement antisyphilitique, alors que les véritables tabes, même engendrés par la vérole, resteront réfractaires à ce traitement.

Eh bien, c'est absolument ainsi que le problème de l'origine syphilitique de la paralysie générale doit être compris.

Sur quoi se sont appuyés maintenant les premiers médecins qui ont émis l'idée de l'origine syphilitique? Est-ce sur des chiffres tirés de leur observation propre? Mais les statistiques que chacun apporte, outre qu'elles sont bien différentes les unes des autres, bien disparates, sont encore toujours récentes et l'on reconnaît qu'elles ont été faites pour contrôler un fait déjà noté. Il semble probable que l'idée de cette étiologie est due primitivement à une déduction par analogie : le tabes dorsal étant presque toujours dû à la syphilis, la paralysie générale qui a de grands rapports anatomiques avec lui, qui le complique assez souvent ou le précède, doit également dépendre de cette diathèse.

Le contrôle par l'observation directe n'est venu qu'après.

Aussi, quand on considère que le chef de l'École de la Salpêtrière n'admet pas cette origine diathésique de l'ataxie locomotrice, on ne peut que désirer voir les partisans de l'origine diathésique de la paralysie générale présenter des preuves nouvelles et plus concluantes que celles qu'ils ont fournies jusqu'à présent pour soutenir leur thèse.

Il est encore une remarque qui n'est pas faite pour trancher d'ores et déjà la question. La vérole est, paraît-il, très commune chez les Arabes et cela depuis long-

temps. Or, la paralysie générale était inconnue chez eux, et il n'y a que quelques années qu'on peut en noter quelques rares cas dans cette race (1).

Par cela même que cette importante question n'est nullement résolue, tous les médecins d'asile, entraînés par son puissant intérêt, s'efforcent de se faire une opinion personnelle en utilisant les ressources qu'ils trouvent dans leurs services. Les privilégiés, ceux qui observent annuellement un nombre élevé de nouveaux malades, peuvent tenter des statistiques; mais les autres, ceux qui n'ont tous les ans qu'un chiffre restreint d'entrées dans leurs services, nombreux souvent cependant, ceux-ci ne peuvent guère songer à présenter des statistiques qui ne se baseraient que sur des chiffres trop modestes. Il est vrai qu'on additionnerait les petites statistiques particulières et qu'on arriverait ainsi à des nombres sérieux. Mais dans des recherches comme celles dont il s'agit, il est nécessaire que toutes les observations soient prises par la même personne. Autrement il serait à craindre que des facteurs plus ou moins dissemblables soient réunis, confondus et additionnés ensemble. Une preuve du bien-fondé de cette crainte est justement fournie par les écarts incroyables dans les chiffres donnés par les médecins qui ont pris part à la discussion sur l'étiologie de la paralysie générale, au Congrès de Rouen. Ces médecins avaient cependant tous observé dans le même pays, en France.

Comme d'autres, j'ai voulu, dans de grands asiles, établir des tableaux comparatifs donnant les nombres de fois que la vérole était trouvée, d'une part dans les antécédents des paralytiques généraux et d'autre part dans ceux des aliénés ordinaires, et je n'ai pu mener à

---

(1) A. Kocher. *De la criminalité chez les Arabes au point de vue médico-judiciaire en Algérie.* Paris, 1884.

bien cette tâche, très difficile encore une fois. Tout ce que ma faible expérience m'a appris peut se résumer ainsi :

Il est certain que nombre de paralytiques généraux n'ont jamais eu la syphilis; mais il semble cependant, d'après les renseignements fournis par les familles et non d'après les stigmates trouvés sur les sujets, que les paralytiques généraux ont des antécédents syphilitiques plus souvent que les autres aliénés.

Il m'est impossible de fournir aucun chiffre à l'appui de cette remarque qui n'a, par le fait, aucun contrôle scientifique. C'est donc une simple impression et non une donnée résultant d'une observation rigoureuse et méthodique. Et serait-elle l'expression exacte de la vérité, qu'il faudrait encore la discuter à bien des points de vue. Il faudrait se demander, par exemple, si le milieu habituel dans lequel se recrutent les paralytiques généraux, n'est pas en même temps celui où la syphilis fait le plus de victimes et si, par conséquent, cette dernière affection, au lieu d'être productrice de la paralysie générale, n'est pas simplement plutôt concomitante avec elle.

Mais. à défaut de tableaux comparatifs, il est possible peut-être d'apporter une contribution d'un autre genre à cette étude étiologique. Par exemple, quand la syphilis précède de peu le début de la paralysie générale et qu'on est naturellement porté à lui attribuer une influence étiologique réelle, la paralysie générale se distingue-t-elle par quelques caractères tranchés ? Il semble qu'il en est ainsi. La lenteur de l'évolution s'observerait particulièrement dans les paralysies générales qu'on a le plus de raison de soupçonner d'être réellement provoquées par la syphilis.

En voici deux observations qui doivent être relatées avec quelques détails :

Anna D..., femme B..., trente-quatre ans, lingère, entrée à l'asile de Bonneval, le 31 mai 1877. Elle meurt le 29 mai 1889.

Chez cette femme, la paralysie générale a mis douze ans à évoluer, et la mort a peut-être encore été hâtée par une maladie intercurrente, un cancer de l'utérus.

Avril 1877. — Anna D... est une femme bien constituée, d'une taille et d'un embonpoint ordinaires. Il n'y aurait dans sa famille ni aliéné, ni épileptique, ni paralysé. Son père, qui vit encore, est très rhumatisant. Elle a un enfant, âgé de quelques années, qui est bien portant. Elle-même n'a jamais eu de maladie grave avant ces derniers temps, mais elle est atteinte de syphilis caractérisée par des plaques muqueuses à la bouche et à la vulve, par des adénites et par quelques syphilides cutanées. D'après ces manifestations, l'affection est donc récente; elle remonterait, au dire des parents, à dix ou douze mois. La malade a été contaminée par son mari. On signale enfin des habitudes alcooliques qui ne seraient pas anciennes.

A son arrivée, Anna B... est en plein accès maniaque : agitation persistante avec exacerbation la nuit, hallucinations de l'ouïe et de la vue, terreurs, idées de persécution. Il est évident qu'il y a de l'intoxication alcoolique.

Juin 1877. — L'état maniaque persiste, mais l'agitation est beaucoup moins violente. Incohérence. Gâtisme.

Août 1877. — Le calme est revenu, mais l'affaiblissement des facultés intellectuelles est marqué. La malade est propre, les pupilles sont un peu inégales, la parole est embarrassée, mais par intervalle seulement et très légèrement. Ce signe important est en réalité douteux. La malade ne parle que de manger; elle demande du café, de l'eau-de-vie, des gâteaux.

Octobre 1877. — Calme. Démence. Discours enfantins. Insouciance. Indifférence. La malade ne pense pas aux siens, non plus à ses affaires personnelles. Les signes physiques sont toujours très peu marqués. Les pupilles sont égales, la parole est lente, mais ne s'embarrasse que rarement. La langue tremble à peine. Il y a cependant dans le langage une différence marquée en ce qu'était l'articulation des mots avant le début de la maladie et ce qu'elle est aujourd'hui.

Dans ces conditions, le diagnostic est probable, mais il n'est pas certain.

On a, dès le début, administré le traitement spécifique, mercure et iodure de potassium, et les manifestations syphilitiques ont disparu.

Janvier 1878. — Quelques modifications : même parler lent et quelquefois heurté et embrouillé. Les pupilles sont tantôt égales, tantôt inégales, elles réagissent mal sous l'influence de la lumière. En outre, la démarche devient lourde, embarrassée. Il n'y a ni paralysie ni parésie partielles. L'état mental est le même : Démence, indifférence, idées enfantines, toujours les mêmes préoccupations de bien manger et de bien boire. La malade est satisfaite, contente, elle ne désire que de l'eau-de-vie, du café, du chocolat, etc. En somme, léger optimisme pathologique, mais pas d'idées orgueilleuses.

Le diagnostic se confirme de plus en plus, surtout après deux congestions cérébrales, avec syncope et état demi-comateux consécutif, survenues pendant le mois de décembre. On donne toujours de l'iodure de potassium.

Janvier 1880. — Pas de changement depuis deux ans. L'affection reste stationnaire. On constate de temps en temps des attaques congestives légères et passagères, pendant lesquelles la malade reste prostrée. La malade s'occupe un peu.

Janvier 1881. — On a constaté pendant l'année précédente plusieurs congestions cérébrales dont l'une d'une intensité inusitée : perte complète de connaissance pendant vingt-quatre heures et à la suite contracture des membres supérieurs. Ces congestions répétées ont peu d'action sur la marche de la paralysie générale; la malade les supporte, pourrait-on dire, très bien et elle se remet vite.

Janvier 1883. — On a noté, l'année dernière, une certaine rémission dans les symptômes psychiques et somatiques. L'intelligence est devenue plus nette, les conceptions moins lentes; parallèlement, la marche est devenue plus raffermie, l'articulation des mots plus rapide et moins embarrassée. En même temps, l'embonpoint s'est exagéré.

Janvier 1887. — Pendant ces quatre années, de 1883 à 1887, l'état de la malade reste absolument stationnaire. On peut le définir par le court résumé des notes médicales mensuelles inscrites sur le registre officiel : affaiblissement des facultés mentales, puérilité, indifférence, idées de gourmandise, optimisme léger, signes physiques peu prononcés de la paralysie générale, de temps en temps congestions cérébrales plus ou moins intenses.

Il est peut-être à propos de noter ici que cette observation m'est personnelle. J'ai suivi la malade depuis son arrivée à l'asile jusqu'à sa mort, sinon régulièrement tout le temps, du moins

sans jamais la perdre de vue. Ma relation n'est donc pas le simple relevé de notes médicales des registres de l'asile.

Il n'y a donc à relater, de 1883 à 1887, qu'un *statu quo* persistant. Mais à partir de 1887, le tableau va changer et l'affection reprendra une marche progressive.

Année 1887. — La démence s'accentue, la malade devient de plus en plus indifférente et apathique. Elle n'a pas d'initiative et ne peut plus se livrer à aucune occupation. Elle ne prend plus soin de sa personne et elle est même gâteuse parfois. Puis faiblesse physique générale, mouvements lents et mal coordonnés. Les réponses deviennent difficiles et presque incohérentes. La parole lente et embarrassée ne présente cependant pas ces modifications caractéristiques à un degré en rapport avec la période avancée à laquelle en est arrivée la paralysie générale.

Année 1888. — La malade maigrit beaucoup. Elle avait été jusqu'ici normalement réglée, maintenant elle a des pertes considérables. On l'examine et on constate qu'elle a un épithélioma à l'utérus. Cet épithélioma évolue très rapidement et s'ulcère bientôt. Écoulement fétide par la vulve. Enfin la malade tombe dans le marasme et elle succombe l'année suivante, en mai 1889.

Cette observation de paralysie générale est remarquable à plusieurs points de vue, mais principalement à celui de la longue durée de l'affection. Depuis l'accès maniaque qui a marqué le début jusqu'à la mort, il s'est écoulé douze ans. Il est bien rare que la paralysie générale ait une durée aussi longue ; le fait est réellement exceptionnel. On a bien remarqué que chez la femme l'affection durait souvent plus longtemps que chez l'homme et on a voulu en trouver la raison dans l'écoulement menstruel, qui constituerait une sorte de dérivation périodique propre à combattre dans une certaine mesure la congestion encéphalique. On a remarqué aussi que dans la forme démentielle, c'est-à-dire dans cette forme où la paralysie générale reste pure et ne s'accompagne pas de folie paralytique, la durée de cette affection est plus longue. Notre malade

était une femme, et on a vu qu'à aucun moment elle n'a présenté de délire orgueilleux ou hypocondriaque. L'accès de folie aiguë du début était un simple accès maniaque causé en grande partie au moins par l'intoxication alcoolique. Elle se trouvait donc dans des conditions favorables pour résister aux progrès de la périencéphalite diffuse. Mais malgré ces conditions heureuses, la durée de douze ans n'en demeure pas moins extraordinairement longue, d'autant plus que des congestions cérébrales peu violentes, mais fréquentes, n'ont cessé de se déclarer à des intervalles assez rapprochés pendant tout le cours de la maladie.

Il y aurait bien encore une circonstance qui pourrait être regardée comme la raison de la lenteur de l'évolution de la paralysie générale, et il faut la noter pour en faire ressortir le peu de valeur : c'est le cancer de l'utérus. Les plaies graves et étendues, les suppurations longues et abondantes ont, dans certains cas, arrêté pour un temps l'évolution de la paralysie générale; on cite même des observations de guérison véritable à la suite d'amputation de cuisse et de vastes brûlures. Sans discuter le bien fondé de ces observations, qui n'ont peut-être trait qu'à des guérisons de folies paralytiques et non à celles de vraies paralysies générales, il suffit de remarquer que le cancer ne s'est développé que dans l'année qui a précédé la mort. Quand on a examiné l'utérus pour la première fois, le néoplasme était peu développé et pas du tout ulcéré. Il n'a donc pu exercer aucune influence heureuse sur la marche de la paralysie générale, qui avait débuté bien longtemps avant lui. Il est très probable même qu'au lieu de retarder la mort, il l'a hâtée.

Voilà donc, en somme, un cas de paralysie générale d'une durée anormale, chez un sujet qui avait la syphilis et la syphilis récente, qui n'était pas entaché d'hérédité névropathique et qui n'avait souffert d'aucune sorte de

surmenage. Parmi les autres causes qu'on pourrait invoquer pour expliquer l'apparition de la paralysie, on ne trouve que les excès alcooliques. La malade était en effet alcoolique au moment de son arrivée à l'asile, mais il est certain que chez elle les excès de boisson ne remontaient qu'à quelques mois. La famille affirmait qu'elle ne buvait que depuis très peu de temps. Ce n'était pas une ancienne alcoolique et la sclérose ne passe pas pour une lésion généralement précoce de l'alcoolisme.

Y aurait-il simple coïncidence entre la syphilis et la paralysie générale, ou bien y aurait-il corrélation entre les deux affections, et le caractère exceptionnel de grande lenteur dans l'évolution de la paralysie générale ne serait-il pas un des attributs de cette affection, quand elle a son origine dans la syphilis? Je suis porté à adopter cette dernière opinion et voici à l'appui une seconde observation qui a une grande analogie avec la précédente, sous le rapport de la durée de l'affection :

L... (Isidore), quarante-cinq ans, épicier, est actuellement en traitement à l'asile de Bonneval, où il avait déjà été placé une première fois pendant six mois. Il a aussi séjourné à Sainte-Anne pendant près d'un an. Voici son histoire :

D'abord les antécédents héréditaires : Père et mère exempts de toute affection mentale ou nerveuse. Une grand'mère mélancolique, mais qui n'a jamais été traitée dans un asile. Rien autre à noter chez les ascendants ou chez les collatéraux directs. Un fils, âgé de vingt ans, bien portant et intelligent, mais original, indocile, dénué de sentiments affectifs et ayant depuis l'enfance manifesté des instincts vagabonds. Le malade n'a jamais eu d'autres enfants.

Comme antécédents personnels : Bonne santé pendant la jeunesse, conduite correcte, intelligence normale et bien équilibrée. A vingt et un ans, c'est-à-dire deux ans avant son mariage, chancre infectant et accidents consécutifs. Il y a ici une observation à faire : L... a certainement eu la syphilis, mais l'a-t-il eue, comme dit sa femme, deux ans avant son mariage, ou l'a-t-il eue depuis son mariage, comme lui-même

l'a prétendu autrefois, avant d'en être arrivé à l'état de démence avancé dans lequel il est aujourd'hui et qui ne lui permet plus de donner aucun renseignement sur quoi que ce soit? La question n'a du reste d'importance qu'au point de vue du laps de temps qui s'est écoulé entre l'invasion de la syphilis et le début de la paralysie générale. Quoi qu'il en soit, L... est syphilitique et il a eu depuis son mariage des manifestations qu'il ne cherchait pas à cacher à sa femme et pour lesquelles il a suivi plusieurs fois le traitement ordinaire.

Il n'a jamais fait d'excès alcooliques ni d'excès de travail, il n'a jamais eu de grandes peines ni de soucis sérieux d'affaires.

En 1876, il eut une maladie des yeux de nature syphilitique, qui dura deux ans. C'est vers cette époque qu'il éprouva les premiers symptômes de la démence paralytique. Il y a donc treize ans environ que la paralysie générale a débuté et le malade vit encore. Il est vrai qu'il est arrivé à une période très avancée de sa maladie.

Les premiers symptômes qui attirèrent l'attention de la famille furent un affaiblissement très appréciable de la mémoire et un changement notable du caractère. Le malade se trompait dans ses comptes, il en vint bientôt à ne plus être capable de diriger son commerce. En même temps, de normal, de doux qu'il était, il devint minutieux, exigeant, soupçonneux, irritable. On observa aussi que la parole était moins nette et qu'il y avait même de temps en temps du bégaiement.

Pendant plusieurs années, L... fut soigné chez lui, grâce à une certaine situation de fortune et grâce surtout au dévouement de ses proches. Cependant son état s'aggravait lentement. La démence s'accentuait petit à petit et les anomalies de caractère se transformaient graduellement en un véritable délire mélancolique avec exacerbations passagères, mais de plus en plus fréquentes.

Il avait des préoccupations hypocondriaques, il était triste, sombre, l'idée de la syphilis le travaillait sans cesse. Puis il s'imagina qu'il avait des ennemis, que sa femme se liguait avec eux contre lui, qu'on voulait le faire mourir, le conduire à la guillotine. Alors il s'emportait, faisait du scandale, allait se plaindre au commissaire de police. Parfois il entrait tout à fait en fureur, brisait les meubles et frappait sa femme. D'autres fois on voulait l'empoisonner, alors il ne parlait plus, ne voulait pas se lever et restait plusieurs jours sans manger.

Cette situation se soutint pendant dix ans avec des périodes d'amélioration, pendant lesquelles il était presque raisonnable et s'occupait même un peu de ses affaires, et des périodes de recrudescence pendant lesquelles, complètement délirant, il était réellement dangereux pour les autres et pour lui-même. On dut finalement le faire admettre à Sainte-Anne en 1873. — A noter aussi qu'il eut pendant ce temps un eczéma chronique des bras et des jambes, qui finit par disparaître complètement.

Il fut traité à Sainte-Anne dans le service de M. Dagonet qui constata les symptômes suivants :

Démence, inégalité des pupilles. Embarras de la parole. Délire de persécution. Délire hypocondriaque. Récits incohérents. Anxiété.

On lui donna de l'iodure de potassium et il sortit au bout d'un an environ, guéri de son délire, mais toujours dément paralytique et avec les signes physiques habituels.

C'était en 1884. Il résida tantôt à Paris, tantôt à la campagne, quand sa présence chez lui devenait trop difficile, jusqu'en 1887. A cette époque, on le plaça à l'asile de Bonneval. — Pendant ces trois ans, il fut d'abord assez bien les premiers temps qui suivirent sa sortie de Sainte-Anne, mais les troubles délirants anciens ne tardèrent pas à se reproduire : idées hypocondriaques, idées de persécution, anxiété, etc.

A Bonneval, où il resta sept mois, il n'éprouva guère d'amélioration. Il arriva en demi-stupeur et ne tarda pas à se réveiller, et il offrit alors le tableau exact de la paralysie générale à forme mélancolique.

Retiré par sa famille encore une fois, il fut gardé à la campagne jusqu'à ces temps derniers, où on dut le ramener de nouveau à l'asile.

Aujourd'hui, c'est un paralytique général à une période avancée : Inégalité des pupilles ; parole hésitante, embarrassée, mal compréhensible ; mouvements mal coordonnés, marche très difficile ; gâtisme. — Excitation passagère ; démence très prononcée, plus de mémoire, récits à peu près complètement incohérents ; tendances mélancoliques, plaintes vagues, jamais d'idées de grandeur, mais parfois optimisme pathologique.

En résumé, une paralysie générale qui dure depuis treize ans, qui a présenté des rémissions plus ou moins

marquées, qui s'est accompagnée de délire mélancolique et jamais de délire orgueilleux.

Ce cas a donc, avec le précédent, la plus grande analogie clinique au point de vue de la durée insolite ainsi qu'à celui des rémissions nombreuses, mais principalement à celui de la durée insolite, durée excessivement longue de l'évolution de la maladie.

Dans l'un et dans l'autre cas, il me semble naturel d'attribuer à la syphilis, en l'absence de toute autre cause évidente, la production de la paralysie générale. A la vérité, le second malade a eu une grand'mère mélancolique et l'on n'a, du reste, aucun détail sur la psychose dont elle aurait été atteinte; mais d'après les idées qui ont généralement cours, la vésanie d'un ascendant influerait moins sur l'éclosion de la paralysie générale chez les descendants que sur la forme, sur l'aspect clinique de cette affection une fois déclarée chez eux.

Il est certain que les deux observations précédentes ne suffisent pas à établir d'une façon positive la thèse que j'énoncerai en ces termes :

La lenteur de l'évolution s'observe particulièrement dans les paralysies générales que l'on a le plus de raison de considérer comme étant provoquées par la syphilis.

Mais elles ont cependant, comme argument, une valeur incontestable. En pathologie, si l'on rencontre une même anomalie très rare dans une maladie quelconque, dans deux cas seulement même, et si ces deux cas ont un rapport étiologique commun, on est naturellement porté à admettre une relation directe entre le facteur étiologique et l'anomalie. Dans l'espèce, par conséquent, on est naturellement porté à admettre une relation directe entre la syphilis et la longue durée de la paralysie.

Les deux malades, dont on vient de lire l'histoire, ont présenté l'anomalie de l'exagération de la durée de l'évolution à un degré exceptionnel, et c'est justement

ce qui a appelé l'attention; mais il est certain qu'il ne faut pas s'attendre à voir toutes les paralysies générales durer un nombre aussi considérable d'années. Ce que l'on constatera seulement, c'est que la paralysie générale évolue plus lentement quand elle est causée par d'autres facteurs étiologiques, et cela dans des limites que l'observation future pourra seule préciser.

Voici déjà quelques observations moins détaillées que les deux premières absolument typiques, et qui ne sont que brièvement résumées. Dans toutes, on retrouve le caractère que je cherche à mettre en lumière. Du moins, dans toutes en général, car j'ai aussi un cas tout à fait différent.

Il s'agit d'un commerçant, devenu paralytique général à l'âge de quarante ans, qui avait eu la syphilis vers vingt-cinq ans. Chez lui, la paralysie générale ne dura pas quatre mois, et il ne mourut pas emporté par une congestion cérébrale, il mourut dans le marasme. — Il serait injuste, pour les besoins de la cause, de ne pas reproduire ce fait contraire, d'autant plus qu'en pathologie surtout, il n'y a pas de règle sans exception.

1° Octave C..., quarante et un ans, entré à l'asile de Clermont en janvier 1883.

Hérédité inconnue. Excès alcooliques et syphilis. — L'affection était ancienne, de plus de un an à l'époque de l'entrée. — Mort dans le marasme en 1888.

La paralysie générale a donc évolué en six ans environ, durée de temps supérieure à la moyenne ordinaire.

Il n'y eut rien de bien notable à signaler pendant le séjour du malade à l'asile, sauf des attaques congestives épileptiformes asssz fréquentes. Le délire mélancolique hypocondriaque prédomina, surtout pendant les dernières années.

2° Louis B..., quarante ans, journalier, entré à l'asile de Vaucluse le 11 octobre 1879, atteint de paralysie générale.

D'après les renseignements fournis par la famille, le malade était atteint depuis plus de deux ans quand il fut admis à

l'asile. — On ignore ses antécédents héréditaires, mais il certain qu'il a eu la syphilis.

Voici son certificat médical à l'entrée : État mental caractérisé par l'affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Embarras de la parole, inégalité des pupilles et autres symptômes de la paralysie générale.

Rien de particulier à signaler pendant le cours de l'affection qui dura environ six ans et demi, c'est-à-dire un peu plus longtemps que dans la moyenne des cas.

A l'autopsie, on trouva les lésions macroscopiques habituelles et, en plus, une pachyméningite très prononcée. Il existait une pseudo-membrane résistante et vasculaire qui tapissait toute la face interne de la dure-mère en rapport avec la voûte du crâne. L'hypertrophie des ventricules était portée à un tel point que la substance cérébrale, au niveau des parties latérales des hémisphères, ne formait plus qu'une même paroi, une sorte de coque de 1 à 2 centimètres d'épaisseur.

Dans les cas suivants, je ne puis donner la date exacte des décès, ayant perdu de vue les malades avant leur mort, parce que ceux-ci étaient transférés dans d'autres asiles ou parce que moi-même je changeais de service.

3° B..., quarante-trois ans, journalier, entré à l'asile de Vaucluse en mai 1881, et en est sorti, retiré par sa femme, en juillet 1886.

Ce malade était syphilitique et alcoolique. A son arrivée, on porta le diagnostic : alcoolisme subaigu. Mais les signes de la paralysie générale ne tardèrent pas à se laisser voir. Il est resté environ cinq ans à Vaucluse. La marche de l'affection fut très lente. Il y eut même, un an après son admission, en 1882, une rémission prononcée et qui dura longtemps. La démence s'amenda aussi bien que les symptômes somatiques; mais à la suite d'accidents congestifs, la paralysie reprit sa marche lentement progressive. Il n'y eut jamais de délire intense, le malade était tantôt optimiste, tantôt un peu mélancolique. Quand il quitta l'asile, il n'était pas encore trop affaibli physiquement, il était propre, et l'on pouvait supposer qu'il vivrait encore assez longtemps, si la paralysie générale persistait dans son mode d'évolution.

4° Jean N..., trente-neuf ans, tonnelier, entré à l'asile de Cadillac en 1882.

Ce paralytique, au moment de son admission, était atteint depuis un certain temps déjà. Les symptômes de son affection étaient très accentués, et sa famille disait que depuis deux ans au moins on s'apercevait d'un affaiblissement prononcé de sa mémoire et de son intelligence. Il avait eu la syphilis autrefois.

La paralysie générale s'accompagna de bouffées de délire orgueilleux, mais pas pendant tout son cours. Il y eut une rémission marquée dans tous les symptômes, qui permit au malade de rentrer dans sa famille à la fin de l'année 1884, et d'y rester jusqu'au commencement de 1886. — A partir de la seconde entrée, on ne nota plus d'idées orgueilleuses, la paralysie affecta la forme démentielle avec tendance à la mélancolie.

Je perdis le malade de vue en 1887. La paralysie générale avait à ce moment plus de six ans de date.

En résumé : Syphilis antérieure et paralysie générale à marche lente avec une longue rémission. Délire peu intense et manquant même pendant les deux dernières années de l'observation.

5° Gustave C..., cinquante-deux ans, rentier, entré à l'asile de Cadillac en 1883.

Syphilis antérieure. Paralysie générale ancienne de plus de un an au moment de l'arrivée à l'asile. — Dans ce cas, la paralysie affecta la forme classique : Démence, exaltation, idées de grandeurs, pas de rémission notable.

Quand je perdis le malade de vue, il était atteint depuis plus de cinq ans et il n'était pas très affaibli physiquement.

6° Jean L..., trente-huit ans, maréchal ferrant, entré à l'asile de Clermont en février 1883.

Ce malade était syphilitique et il portait des stigmates de la diathèse. Ses antécédents sont inconnus. Il était en prison préventive quand on l'a conduit à l'asile, où il arriva en accès maniaque. — L'accès maniaque dura longtemps et quand il se fut dissipé, on nota tous les symptômes de la démence paralytique. La marche de l'affection fut très lente, les progrès presque insensibles. L... n'eut pas de délire orgueilleux vrai, et il travailla toujours régulièrement à la culture. Il fut transféré à l'asile de Breuty en novembre 1887, après un séjour de quatre ans et demi, par conséquent, à Clermont.

On peut faire, à propos de ce malade, la même remarque que celle qui est faite plus haut à propos du nommé B... Il partit de Clermont en bonne santé physique et l'on pouvait supposer que s'il ne survenait pas quelque congestion grave, que si la

paralysie persévérait dans son mode d'évolution, le malade pourrait longtemps encore résister à son affection.

7° Joseph S..., trente-trois ans, comptable, entré à l'asile de Clermont en 1882.

Syphilis antérieure, paralysie générale ayant débuté deux ans environ avant l'admission. — L'affection affecta la forme démentielle, quelques idées délirantes mélancoliques, pas d'idées de grandeur. Plusieurs rémissions incomplètes.

Le malade vivait toujours et n'était même pas très affaibli en 1887, époque à laquelle je cessai de le voir.

8° Colombe L..., fille soumise, trente-six ans. En traitement dans les asiles depuis plus de quatre ans, depuis deux ans seulement à Bonneval.

D'après le certificat de Ville-Évrard, où la malade était placée précédemment, la paralysie générale était déjà très caractérisée au moment de l'admission.

Syphilis antérieure. La marche de la paralysie est très lente. Aucun changement appréciable depuis deux ans. Démence, pas de délire, travail soutenu, tendance à la mélancolie. Signes somatiques prononcés. — Telle était Colombe L... il y a deux ans, telle elle est encore aujourd'hui.

Cette liste, même en y ajoutant les deux observations détaillées relatées les premières, n'est pas longue et je désirerai fort que chacun trouvât dans ses souvenirs personnels des observations analogues. Il me semble cependant qu'en s'en tenant aux seuls cas relatés dans ce mémoire, il est difficile de ne pas admettre la corrélation que je cherche à établir :

D'une part, la syphilis. D'autre part, la paralysie générale avec une marche particulièrement lente, une durée plus longue. — C'est là le caractère principal, auquel s'ajoutent encore d'autres particularités, mais d'une façon moins constante, ainsi : la fréquence et la durée des rémissions, la forme démentielle pure ou la forme mélancolique plutôt que la forme expansive.

Médecine légale

CURIEUSE OBSERVATION
DE
FOLIE ÉROTIQUE
AVEC AUTOPSIE

Par le Dr HOSPITAL,
Médecin en chef de l'établissement d'aliénés de Sainte-Marie.

Dans l'année 1882, une jeune fille gardait les moutons, près d'un village, aux environs de Clermont-Ferrand, lorsqu'elle vit venir à elle un habitant de ce village, qui faisait semblant de rédiger un procès-verbal, alléguant que les moutons paissaient dans un endroit prohibé; puis se débarrassant, par une commission, de la présence d'un petit garçon, notre homme se jeta sur la jeune fille, et l'ayant couchée de force à terre, il souleva les jupons, et se livra à des indécences; ni les cris de sa victime, ni les coups de bâton que lui administrait le petit garçon revenu sur ses pas, ne lui firent lâcher prise. Cependant il s'éloigne, croyant entendre du bruit; mais bientôt après, revenu de ses appréhensions et poussé par le démon de la salacité, il revient encore une fois à sa victime, pratique des attouchements, et, enfin, s'éloigne définitivement. Reconnu par les enfants et arrêté malgré ses dénégations, il est conduit en prison.

L'instruction relève dans son passé des faits si nom-

breux d'une immoralité insolite, qu'elle en vient à douter de l'intégrité de ses facultés intellectuelles, et qu'elle ordonne un examen médical fait par trois praticiens. Ces messieurs penchent vers l'hypothèse des perturbations psychiques, mais, n'osant se prononcer affirmativement, ils concluent à la nécessité d'un second examen, fait par un médecin spécialiste. L'inculpé fut transféré à Clermont, et confié à notre observation.

Antécédents. — Les antécédents familiaux sont peu connus. On prétend qu'il a eu plusieurs frères atteints d'aliénation mentale; lui n'en reconnaît qu'un comme ayant eu cette maladie. Dans les archives de l'établissement Sainte-Marie, nous n'avons trouvé la trace d'aucun malade pouvant se rattacher à sa famille. Quant aux antécédents qui regardent l'inculpé lui-même, ils sont très loin de lui être favorables ; nous les les diviserons en deux catégories : celle qui a rapport à l'état moral et qui a été plus ou moins passible de la pénalité, et celle qui a rapport à l'état physique et mental, regardant la médecine.

1° Le passé de S. est loin d'être irréprochable, et est empreint d'un caractère d'immoralité instinctive révoltante : en 1860, il est condamné à dix jours de prison pour outrage public à la pudeur ; il avait couché de force à terre une jeune fille, lui avait relevé les jupes et, malgré ses cris, était resté près d'elle plusieurs minutes. En 1875, il passe en cour d'assises pour viol et s'entend condamner à quatre ans de prison. En 1879, il est pris en flagrant délit, soit chez lui, soit en rase campagne, de fornication avec une chienne ; interpellé et menacé par ceux qui l'ont surpris, il ne répond rien : un an de prison. En 1880, à peine sorti de prison, il se livre de nouveau, avec fureur, à ses hideux penchants, et se fait encore prendre avec une chienne ; interpellé et injurié par les personnes qui viennent de le surprendre,

il se sauve, mais ne répond rien. Enfin, en 1882, il est pris cherchant à violer une jeune fille.

Cette longue série d'horreurs fait qu'il est redouté dans le pays : on cache les enfants sur son passage, on l'aurait vu se jeter sur des animaux, autres que ceux de l'espèce canine. Sa femme le craint tellement qu'elle a été obligée de fuir le toit conjugal, il menaçait sans cesse sa famille de voies de faits. Au dire des habitants, quand *la frénésie* le prend, il s'éloigne, reste plusieurs jours et nuits sans rentrer, parcourant la campagne particulièrement les endroits ombragés, et solitaires, « *quærens quem devoret* », pour satisfaire ses instincts pervers, et malgré cela, décelant un flair étonnant pour éviter les gendarmes.

2° Au point de vue physique, pathologique et mental, nous découvrons chez l'inculpé un groupe de faits fort intéressants à connaître : deux, surtout, doivent attirer notre attention ; dans l'interrogatoire, lui ayant demandé tout d'un coup s'il n'avait pas d'attaques, il répond oui, immédiatement, sans hésitation, d'un air triste, et, ajoute-t-il, il y est encore sujet. Nous reviendrons plus loin sur ces attaques. D'après un docteur qui lui a donné des soins, il aurait fait une chute grave, en tombant d'un premier étage, et dont il porte la cicatrice ; il en aurait été très malade et en serait devenu sourd. Au point de vue mental, d'après le même praticien, à partir de ce moment, ses facultés intellectuelles auraient baissé. En 1879, le maire de sa commune, dans une lettre adressée au procureur, émet l'opinion que S... est, comme ses frères, atteint d'aliénation mentale.

En prison, la conduite de S... ne présente rien d'insolite ; il se plaint seulement d'être laissé si longtemps en prévention.

Examen direct. — A. *Examen physique.* S.... s'approche de la soixantaine ; mais il paraît plus cassé. Jadis

de taille élevée, il est maintenant courbé, grêle, ratatiné. Il est atteint de bronchite légère. La tête est petite, la boîte crânienne un peu courte, mais régulièrement conformée. Les parties latérales de la bosse occipitale, où siégerait l'érotisme d'après Gall, seraient assez développées, autant qu'on puisse en juger à travers l'épaisseur des parties molles et une épaisse chevelure blanche ; les traits sont réguliers et ont dû être beaux, les yeux grands, le regard doux. Il y a dans cette tête quelque chose de vénérable, qui rappelle un peu « les pères nobles » de l'art dramatique. L'examen du sommet de la tête révèle, sur le côté droit, l'existence d'une cicatrice ancienne, assez superficielle, mobile, celle résultant de la chute, sans doute. L'examen des parties génito-urinaires révèle une particularité curieuse : loin d'être organisé *puissamment*, comme on serait porté à le croire d'après ses exploits, il serait, au contraire, presque eunuque ! En effet, le pénis ou membre viril est exigu, guère plus gros que le médius, ainsi que le gland, qui est recouvert d'un prépuce extrêmement long et contracté en avant, de manière à rendre peu facile le décalotage, circonstance qui, comme on le sait, rend parfois le coït difficultueux et, *a fortiori*, le viol. Le scrotum, très petit, tombant très peu, rouge clair au lieu de foncé, à peine poilu, ne contient qu'un seul testicule, le gauche, de grosseur ordinaire, suspendu par un cordon de médiocres dimensions; le testicule droit existe, mais il est atrophié, gros comme une noisette; il est à la sortie du canal inguinal, n'ayant pas fini de descendre dans le scrotum. Tout cet appareil génital est en retard et dans un défaut de développement définitif.

B. *Examen de l'état mental.* Tout l'habitus de l'inculpé, sa voix, ses allures, sa tournure d'esprit et jusqu'à sa physionomie, sont empreints de l'exiguïté de son développement génésique, ayant, en effet, une légère

nuance féminine. Sa voix est loin d'être basse, sa manière de s'exprimer annonce la crainte, l'indignation timide, ses salutations sont pleines d'humilité; il pleure facilement sur ses malheurs, atteste fréquemment Dieu, qu'il prend à témoin de son innocence, plaint ceux qui l'accusent, paraît révolté de ces accusations qu'il repousse avec énergie, est en proie au désespoir, ne paraît pas se douter de la gravité de sa situation, est étonné qu'on le tienne si longtemps enfermé tandis qu'il a du travail en retard, et veut qu'on lui tire un coup de fusil dans l'estomac (qu'il frappe violemment) plutôt que de le laisser languir; enfin, il annonce qu'il mourra bientôt de chagrin. Son intelligence est très médiocre, son instruction nulle, car il ne sait ni lire, ni écrire; sauf sur les faits à lui reprochés, la mémoire est assez fidèle.

Interrogatoire. Difficile, tant par l'obstacle apporté par la surdité que par l'obtusion de l'inculpé; beaucoup de questions, ayant rapport aux mœurs, sont délicates à adresser; il faut les lui répéter plusieurs fois, les lui expliquer, et quand, enfin, il les a comprises, il bondit, s'indigne, et tout son être exprime l'incrédulité la plus absolue. Il finit par se fâcher, disant qu'on veut rire, se moquer de lui, qu'il est bien assez malheureux sans encore y joindre la raillerie, et dit que puisque c'est ainsi, il ne dira plus rien. Donc, sur le chapitre des actes libidineux, rien à en tirer, même résultat négatif. Pour ce qui est des attaques auxquelles il serait sujet, il est, au contraire, singulièrement affirmatif; voici, en résumé, ce qu'il nous apprend : ces attaques remonteraient à sa naissance. Fréquentes quand il était jeune, elles se sont espacées de plus en plus, avec l'âge : il était pris, tout d'un coup, sans aucun symptôme précurseur d'une perte de connaissance, qui le faisait tomber à terre; après plusieurs minutes, il revenait à lui, contusionné et sou-

vent écorché par la chute. Il était alors alourdi, étourdi, et les idées étaient confuses pendant un temps variable. Cette communication est d'un grand intérêt, car elle est empreinte d'un caractère indéniable de véracité; il est, en effet, difficile de décrire une crise nerveuse avec plus de fidélité; la rapidité et le ton de sincérité avec lesquels S... a répondu à la question déposent en faveur de cette hypothèse. Lui ayant demandé s'il n'aurait pas commis quelques-uns des actes qu'on lui reproche pendant cette période semi-lucide consécutive aux attaques, il répond négativement. Lui ayant demandé comment il se faisait que personne ne se soit aperçu de ces crises, il répond que les attaques étaient rares, car il n'y en avait eu qu'une au régiment qui l'avait jeté à bas de cheval et qu'on n'y avait pas pris garde, que les autres l'avaient pris de jour et dans les champs; que, cependant, sa femme et le maire en étaient instruits. Ceux-ci n'ont point connaissance de ce fait; mais, vu sa rareté, ils ont bien pu ne pas s'en apercevoir suffisamment, ou n'en pas discerner la nature. Lui ayant demandé s'il entend des voix, s'il voit des choses extraordinaires, il répond non. Lui ayant demandé s'il se suppose des ennemis, et si ceux-ci se sont ligués pour le persécuter et l'accuser faussement, il répond de manière à faire admettre qu'il n'est pas sous l'influence de la manie des persécutions. Lui ayant demandé s'il aimait le vin, il répond qu'il a été toujours très sobre. Lui ayant demandé s'il avait été libertin, il répond : non ; il n'aurait connu d'autre femme que son épouse. Lui ayant dit qu'il passait pour brutal et frappeur, il nie avec désespoir. Toutes ces suppositions lui paraissent mensongères, odieuses, et l'irritent extrêmement.

Discussion. Les actes, et en particulier, le dernier, reprochés à S... ne revêtent, par eux-mêmes, aucun carac-

tère de folie; son interrogatoire ne révèle, non plus, aucun indice de délire ou de manie, et si l'observateur ne s'en tenait qu'à ces deux faits, il n'hésiterait pas à regarder l'inculpé comme absolument responsable; et cependant il se tromperait, en jugeant trop prématurément. Il est, en effet, deux autres faits de la dernière importance, puisque leur examen attentif est de nature à modifier totalement le premier diagnostic; et d'abord, saisissons ce contraste frappant entre l'individualité de S... qui, ainsi que nous l'avons établi plus haut, est d'une virilité médiocre, tant au physique qu'au moral, et cette série de faits monstrueux accomplis sans la moindre prudence ou précaution, en plein champ, à la vue du public, sans la moindre réflexion préventive, perpétrés comme sous l'influence inconsciente d'une impulsion irrésistible, d'une façon irrégulière, à de rares intervalles, tantôt aussitôt après une sortie de prison, tantôt après plusieurs années de repos; enfin, s'adressant au hasard à tout ce qui s'offre à son attention. Considérons que l'inculpé partait quelquefois de chez lui pour errer pendant plusieurs jours; considérons cette absence si complète de mémoire, qui n'a rien de simulé. Le second fait consiste dans la révélation d'attaques, si bien décrites, si instantanément avouées, qu'il n'est plus possible de les révoquer en doute, et qui doivent se rattacher à la classe des névroses épileptiformes plus ou moins larvées. Cette hypothèse est d'autant plus admissible qu'elle n'a rien d'improbable, vu les antécédents familiaux, et le peu d'entendement du sujet. Elle explique tout le reste : absence du souvenir du fait accompli, actes violents précédant les crises ou se succédant; « ils ont porté la démoralisation dans leurs familles par la perversité de leur langage et l'immoralité de leurs actes » (Epilep. Morel). La manière même dont les actes ont été accomplis, brutalement, bestialement, sans que l'inculpé ait été impres-

sionné par l'arrivée de témoins, ni même par les coups, ne cédant qu'à la longue et s'éloignant sans parler, milite encore en faveur de l'hypothèse ci-dessus émise, c'est que S... lors de ses déportements, était sous l'influence d'une aura névropathique, de nature épileptiforme. On sait que, dans cette période, les malades se portent parfois à des actes terribles, dont ils n'ont presque plus souvenir ensuite.

Si S... n'est pas présentement fou, il n'en a pas moins ce que les auteurs ont appelé un « tempérament fou ». On sait qu'un de ses frères a été atteint d'une affection de ce genre; lui-même est peu intelligent; il n'a rien appris, et chez lui, le « tempérament » s'est manifesté dans le sens névropathique. En outre, depuis qu'il a reçu une blessure à la tête, son entendement semble encore avoir baissé ; le Dr B..., qui l'a observé de près, l'atteste formellement. La conviction du maire est qu'il n'est pas dans l'intégrité de ses facultés; cette appréciation n'a dû, évidemment, ressortir que de l'observation d'un certain nombre de faits insolites et assez en relief pour n'avoir pu passer inaperçus. Il est à croire même que cet état, en ce moment peu accusé, ira en s'accentuant. Les aliénistes sont trop au courant de ces cas pour s'y tromper. Cette espèce de satyriasis, quand il se déclare dans un âge avancé, est incurable et au-dessus des efforts de la volonté de celui qui en est atteint, lorsque même il se rend compte de son état ; en vain les condamne-t-on, ils recommencent. « Les débuts de l'aliénation mentale « se signalent assez souvent par des appétits vénériens « excessifs; c'est un symptôme d'une signification capi- « tale chez les individus arrivés à l'âge mûr (Morel). » Le même auteur a vu une lubricité très grande se manifester chez des individus réputés sains d'esprit, mais atteints d'une maladie cérébrale idiopathique. Morel affirme également que le satyriasis peut dériver d'un

état particulier des organes génitaux, soit inné, soit acquis.

Criterium. Un dernier fait : quelque temps après son entrée dans la prison, il perdit subitement connaissance, et s'affaissa; il resta deux ou trois minutes avant de revenir à lui. On dut le transporter à l'infirmerie.

Nous conclûmes à l'existence de crises nerveuses, de nature épileptiforme, auxquelles les actes reprochés à S... devaient leur conception et leur perpétration, ainsi qu'à un certain degré de démence, résultant de ces crises. L'irresponsabilité ayant été acceptée par l'instruction, il fut livré à l'autorité administrative et enfermé d'office à l'établissement de Sainte-Marie.

Aussitôt qu'il fut dans cette nouvelle demeure, le voile qui obscurcissait son entendement sembla s'épaissir encore ; il fut immédiatement habitué et ne demanda jamais ni à sortir ni des nouvelles de personne ; tranquille, passif, devenu dément chronique, il obéissait machinalement ; la santé physique était assez bonne; on n'eut à lui reprocher aucune parole, geste, ou acte contraire aux mœurs ; il restait assis une grande partie du jour; il reconnaissait les familiers de la maison et répondait facilement aux questions simples ; de temps à autre on s'apercevait qu'il était plus obtus, la surdité semblait alors augmenter, enfin, depuis plus d'un an, le côté droit du corps paraissait notablement plus affaibli que le gauche. On ne constata point d'attaque.

Tel était son état général, quand dans la nuit du 11 décembre 1885, il vomit abondamment ; en même temps il tomba dans un assoupissement comateux. Quand nous le vîmes peu après, les symptômes s'étaient très rapidement aggravés ; la pupille gauche se contractait encore, la droite aussi, mais beaucoup moins ; la respiration était stertoreuse et rapide, la perte de con-

naissance profonde, la tête rejetée en arrière, les bras et les jambes non paralysés. Dans les deux bras, quelques mouvements automatiques mais non convulsifs. Il s'éteignit le 12.

Autopsie. — Le 15, nous procédâmes à l'examen de la tête de S... La voûte du crâne étant enlevée d'un trait de scie, nous ne constatons aucune anomalie; les os sont soudés, mais aucune trace de la chute d'autrefois; les os ont leur épaisseur normale, la dure-mère se rapproche beaucoup de la normalité ; elle n'est pas adhérente aux parois osseuses, comme cela se constate fréquemment dans la démence épileptique, aucun point d'épaississement ou d'ossification ; l'arachnoïde n'est point œdématiée, comme nous l'avons constaté tant de fois dans l'épilepsie chronique, là où cet œdème revêt souvent l'apparence d'une gelée grisâtre de un demi-centimètre d'épaisseur enveloppant la périphérie cérébrale. L'encéphale retiré en masse pèse 1,460 grammes, le cerveau seul pèse 1,160 grammes. Dans ce dernier organe, nous découvrons des lésions très graves ; les unes d'ancienne date, les autres récentes. Les premières sont à la partie inférieure du lobe antérieur gauche du cerveau. Dans la portion qui repose sur la voûte orbitaire, est une dépression ou perte de substance grande comme un écu de 3 francs, creusée d'au moins un demi-centimètre dans son milieu, à bords irréguliers et durs, ayant fait disparaître la circonvolution qui était primitivement là, ayant cette couleur jaunâtre particulière aux foyers apoplectiques en voie de résolution; rien dans cette perte de substance dont le fond est ramolli; l'aspect, au premier abord, est celui d'un ulcère calleux; est-ce bien un ulcère? est-il de nature syphilitique? Mais l'absence de lésions spécifiques ou de leurs traces sur le reste du corps, l'absence de commémoratifs dans ce sens, font perdre à cette

supposition sa probabilité; il est plus certain que ce soit un foyer apoplectique; l'affaiblissement musculaire droit donne créance à cette opinion. Une deuxième lésion identique à la précédente, mais à proportions beaucoup plus petites, se constate à la face inférieure du lobe moyen gauche. Rien de semblable dans l'hémisphère droit; enfin, amincissement et légère décoloration de la couche corticale.

Les lésions récentes sont les suivantes : congestion généralisée de la substance blanche, qui, sous la pression, sue des perles de sang et de sérosité ; çà et là, en arrière, petits foyers apoplectiques, gros comme un grain de millet ; ventricules latéraux agrandis et remplis de sang, qui, aux deux extrémités, s'est déjà déposé en gros caillots noirs et rouges ; toiles choroïdiennes atrophiées. Lacis veineux de la base cérébrale, gorgé de sang; sur les veines principales de ce lacis, on constate des plaques fibreuses blanches de 2 millimètres, oblongues, et sensiblement épaissies ; aucune n'est encore ossifiée.

Les lésions cérébelleuses ne sont pas moins intéressantes : le cervelet a son poids normal, mais il semble affaissé, comme un peu ramolli ; à sa partie postéro-extérieure, infiltration sanguine sur les deux lobes qui, par suite de son rouge vif, ne peut se mettre sur le compte de la stase par la déclivité *post mortem;* le quatrième ventricule ou ventricule cérébelleux, situé entre le cervelet, ses pédoncules et le bulbe, est gorgé de sang ; nous en faisons sortir un caillot frais, plus gros qu'une noisette; en examinant la cavité vidée, nous constatons que la capacité ventriculaire a été insuffisante ; elle a cédé et le sang répandu s'est frayé une large place, aux dépens de la partie antérieure du lobe cérébelleux gauche, dont la substance en contact avec le caillot est molle, en bouillie, détruite en un

mot. La partie médullaire correspondante est indemne.

Cet épanchement s'est-il produit sur place, par suite d'une hémorragie cérébelleuse? ou bien est-il venu des ventricules latéraux, se verser là, poussé qu'il a dû être à travers les trous de Monro, occupant le ventricule moyen, puis par l'aqueduc de Sylvius, envahissant le quatrième ventricule? Arrivé là, la force d'impulsion étant épuisée, il s'y est figé, sans pousser jusqu'à la toile arachnoïdienne de la base, qu'il n'aurait pas manqué de soulever, là étant le point faible du ventricule cérébelleux; mais alors comment aurait-il eu la force de produire les désordres du lobe gauche? La première hypothèse est, selon nous, la plus probable, car, outre qu'un fluide pénètre plus difficilement des ventricules latéraux aux ventricules inférieurs que réciproquement, par suite de la dépression des bords du trigone, le peu d'engorgement du troisième ventricule, l'état indemne de l'aqueduc, suffisent pour nous fixer; le sang trouvé dans le quatrième ventricule n'a pas été extravasé des trois autres, en suivant la route tracée plus haut; il s'est bien épanché sur place, par suite d'une hémorragie cérébelleuse, à l'endroit ramolli, soit avant, soit pendant cette hémorragie; et le ventricule a servi de trop-plein, simplement.

Réflexions. — 1° Quoique nous n'ayons pas trouvé les lésions anatomo-pathologiques plus spéciales au mal comitial, on ne pourrait, d'après cela, révoquer en doute, l'existence chez S.... d'une maladie de ce genre; car souvenons-nous que les attaques ont été fort rares; et que d'ailleurs, il est des cas, où l'examen nécropsique est absolument négatif; 2° les lésions anciennes indiquent qu'il y a eu, certainement, des congestions cérébrales, peut-être de petites apoplexies, ayant très bien pu être suivies temporairement d'excitation maniaque,

se traduisant par des actes, et ayant à la longue déterminé la démence; 3° l'hémorragie cérébelleuse nous fait nécessairement admettre que cet organe pouvait bien être déjà malade depuis longtemps; cette double impulsion pouvait alors se tourner vers l'érotisme, à certains moments. C'est ce qui est arrivé.

Établissements d'aliénés.

LA

DIRECTION ADMINISTRATIVE & MÉDICALE

DES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS

CONSIDÉRATIONS NOUVELLES A L'APPUI DE SON UNITÉ
EN RÉPONSE
AUX ARGUMENTS CONTRAIRES DE M. MARANDON DE MONTYEL

Par le Dr Samuel GARNIER,
Directeur-médecin de l'asile de Dijon.

Le principe de la réunion et celui de la séparation des fonctions médicales et administratives dans les asiles ont eu de tout temps leurs partisans convaincus et inégaux; voici qu'en face de ces deux principes, en surgit un troisième d'après lequel le « directeur proprement dit laisserait la place à un administrateur placé sous le contrôle du service médical, qui correspond avec la préfecture ». A cet aspect éclectique de la question de l'organisation du personnel médico-administratif, on cherche à créer un courant d'opinion favorable. M. Chambard s'est imposé ce labeur, M. Marandon de Montyel le suit dans la même voie. Ayant cherché à convaincre mon premier contradicteur de l'inanité de ses arguments, il est naturel que je ne laisse point passer certaines affirmations de M. Marandon de Montyel qui m'ont paru

fort risquées. Souhaitant, d'accord en cela avec mon nouveau contradicteur, que « la lumière puisse jaillir de ces chocs », je ferai de mon mieux pour les maintenir dans des limites courtoises.

I. Les fonctions directoriales sont très subalternes, nous dit M. Marandon de Montyel, et elles peuvent se résumer, d'après lui, en deux mots : « Haricots et bois de lit : les haricots symbolisant la culture et l'alimentation, bois de lit symbolisant les meubles et les immeubles. » Assurément cette formule est saisissante de simplicité; malheureusement ce n'est qu'une boutade échappée à la plume spirituelle de son auteur et je la qualifie de boutade de laboratoire. Mais il y a mieux; sa portée va précisément à l'encontre du but poursuivi par notre confrère, qui serait de ruiner le principe de la réunion des fonctions de directeur et de médecin. A quoi bon se préoccupe-t-il, en effet, du travail administratif qui, incombant au médecin chargé des fonctions de directeur, annihilerait chez lui l'homme de science, si ces fonctions directoriales sont si subalternes ? Pourquoi même son indignation de voir confier à des directeurs administratifs, seraient-ils ramassés parmi les rebuts de toutes les professions les plus étrangères à l'assistance des aliénés, des fonctions directoriales, si, selon lui, elles ne nécessitent aucun relief et font double emploi avec l'économat? Quelle nécessité de partir en guerre, comme il le fait, contre le directeur d'asile, même compétent et intelligent, s'il n'est en réalité qu'une espèce de fermier traiteur, doublé d'un policier? Pensant, au contraire, que le directeur d'un établissement d'aliénés ne doit rien être de tout cela, je repousse d'une manière absolue la trinité d'attributs dont M. Marandon de Montyel investit bien gratuitement toute direction d'asile, et je conclus avec regret que ses cinq années de direction n'ont pas suffi à lui faire toucher du

doigt l'étendue relative des devoirs qui lui incombaient à l'époque, du fait de ses fonctions. La tâche d'y suppléer ici devant, sans aucun doute, m'attirer de sa part le reproche d'outrecuidante fatuité, après trois ans et demi seulement de services médico-administratifs, je me garderai bien de l'entreprendre. Si jeune et si novice que je puisse être cependant, je n'ai pas cru devoir me désintéresser tellement de la direction de l'établissement que j'ai l'honneur d'administrer, qu'on puisse dire d'elle qu'elle fait double emploi avec l'économat, et pour ne pas être exposé à des mésaventures, je continue à me rendre un compte aussi exact que possible de ce qui se passe autour de moi. Cela faisant, de mon côté sans doute, j'aide à la psychiatrie française à mourir, et je ne doute point que M. de Montyel, renchérissant encore sur M. Chambard qui avait considéré la majorité de ses confrères directeurs-médecins comme des « machines à certificats », et me prenant en pitié, ne me range dans sa catégorie inédite « d'aliénistes de sous-préfecture ». Je m'en consolererai toutefois en pensant avec lui, qu'une organisation doit avoir en vue la moyenne des capacités et non les grands talents, et je lui répéterai que, possédant suffisamment de connaissances pratiques pour traiter méthodiquement leurs malades et chercher à diminuer leur séjour dans les asiles, avec les moyens dont ils disposent, les médecins directeurs ont accompli une grande partie, sinon toute la tâche pour laquelle ils ont été institués, les recherches scientifiques ne devant venir que par surcroît. Et, puisque mon confrère n'aime que la nouveauté des objections, je m'empresse de le satisfaire, en le priant de considérer les résultats acquis chez nous, à l'égard des guérisons et des améliorations. S'il parvient à me prouver, chiffres en mains, que ceux qui emploient leurs facultés, brillantes ou non, à mener de front la culture

de la pomme de terre et le traitement de leurs malades, les guérissent moins que ceux qui se restreignent à une fécondité scientifique pure, je me rangerai alors aussi à la séparation des services, en disant que la direction médico-administrative est réellement fatale aux malades. Tant que cette preuve ne sera point faite, je garde mon opinion contraire et je la motiverai encore par ce fait décisif et inattaquable que le bien qui a pu être réalisé dans les asiles en faveur des malades, l'a été en majeure partie par des médecins, quand les fonctions étaient réunies et qu'ils étaient à même de faire entendre le langage de leur spécialité médicale.

II. Malgré la différence déjà capitale sur la manière de comprendre le mode d'administration d'un asile, qui me sépare de M. Marandon de Montyel, je reste cependant persuadé avec lui, qu'il serait grand temps, en raison surtout de l'étendue, même relative, des obligations que je persiste à regarder comme la résultante de leurs fonctions, de rompre avec le mode actuel de recrutement des directeurs purement administratifs, et j'estime aussi qu'il est souvent une humiliation véritable pour nos établissements et leur personnel médical.

J'ai déjà indiqué, dans mon mémoire sur les dispositions de l'article V du projet de loi sénatorial, mon sentiment à ce sujet ; je n'y reviendrai que pour l'accentuer et dire de nouveau que la direction des asiles où la séparation des fonctions est exceptionnellement maintenue, ne devrait être confiée qu'à des médecins de la carrière qui se sentent attirés vers l'administration proprement dite, et qui ont déjà donné des gages de leurs aptitudes spéciales. Le projet de loi sénatorial et celui de la commission de la Chambre des députés sont absolument muets, après avoir fixé le recrutement par concours des médecins, sur le mode de recrutement de ces directeurs administratifs; or, comme en vertu de

l'adage : « tout ce qui n'est pas défendu est permis, » si la loi en préparation devait, elle aussi, garder un silence définitif à cet égard, nos revendications auraient beau jeu de continuer à s'exercer en pure perte. Mais comme, après tout, la mesure de la séparation des fonctions est posée à titre d'exception dans la loi, et que les asiles continueront à être administrés par un directeur-médecin responsable, c'est cette unité qu'il nous reste à légitimer. M. Marandon de Montyel, en constatant, avec une aigreur tout au moins apparente, que la presque totalité des aliénistes français la réclament et la réclament avec fureur, nous donne le motif suivant de leurs préférences : c'est que la division des services serait inacceptable pour le médecin. S'il entend par cet argument viser les petites mesquineries dont celui-ci est souvent la victime, et faire allusion seulement aux froissements d'amour-propre qui le blessent, aux mille petits coups d'épingle qui l'irritent plus d'une fois, sans espoir de représailles victorieuses, sous le régime de la séparation des fonctions, je lui répondrai d'abord que M. Chambard ne fait cependant aucune difficulté pour accorder qu'un directeur et un médecin, également instruits, peuvent s'entendre, s'estimer et couler ensemble d'heureux jours, et ensuite qu'il n'envisage qu'un des côtés de la question, et le plus infime. Si le médecin d'asile réclame la réunion des fonctions, ce n'est pas tant à cause du ridicule déversé sur lui « par la supériorité qu'un directeur, insuffisant ou non, peut s'attribuer sur lui », mais surtout parce qu'il sait que l'intérêt de l'aliéné en dépend. Ce médecin a appris, en effet, que la confiance qu'il inspirera à son malade s'égarera en dehors de l'unité des fonctions médicales et administratives, première condition défavorable au traitement. Il a conscience en outre qu'avec la dualité des fonctions qu'il remplit, le pouvoir de faire aboutir avec autorité

toutes les ressources de l'isolement vers un but curatif, lui appartient; comme aussi, le privilège d'être le seul juge des tempéraments à y apporter au besoin. Avec l'unité des fonctions, il se sent maître de modifier, dans le sens de l'indication qui surgit, le régime d'alimentation commune, en instituant un régime diététique particulier, en possession de la faculté de montrer à l'entourage du malade la rigueur scientifique de ses décisions et de veiller enfin à ce que toutes les indications qui « convergent intimement vers les satisfactions de tout ordre et vers toutes les minuties de la vie de l'aliéné soient exactement remplies ». Telles sont les raisons qui font réclamer la réunion des fonctions; tant il est vrai que « tous les détails administratifs font corps commun avec tous les éléments du service médical, et que la chose administrative ne peut se distraire de la chose médicale ». (M. Bonnet Henry.) Ce serait un tort de penser, disait le même confrère, avec l'autorité de son expérience de trente années de services, devant laquelle je convie M. Marandon de Montyel à s'incliner avec moi, que tout est fait en science et économie mentale quand on a fait le diagnostic d'un individu. Il est profondément correct, pour continuer les découvertes scientifiques et y ajouter, de scruter de plus en plus tous les points d'un organisme, de s'assurer des particularités de toutes sortes, de bien diversifier les symptômes en les rattachant à tel ou tel genre; mais la conclusion est qu'il faut traiter les personnes. Il est donc évident, qu'en condition hospitalière, le médecin et le directeur doivent se tenir intimement; l'un indique, l'autre exécute; s'il n'y a pas de solidarité, les éléments de vie en souffriront. Ces principes généraux, auxquels je me rallie entièrement, montrent avec une grande rigueur que cette solidarité tant recherchée ne se trouvera que dans l'unité des fonctions, et on a vu plus haut que les bases sur

lesquelles elle s'appuyait n'avaient rien de spéculatif. C'est ce qu'avait bien compris le regretté inspecteur général Foville, personnalité dont mon confrère ne pourra récuser l'avis, puisqu'il s'agissait de notre organisation médicale française, quand il disait : « L'expérience consacre de plus en plus l'avantage considérable des fonctions administratives et médicales entre les mains du directeur-médecin. Ce mode est celui qui, à la condition que les choix se portent sur des hommes instruits et actifs, donne les meilleurs résultats. On ne saurait trop en recommander la généralisation ». C'est donc bien à juste titre que les fonctions de directeur et de médecin sont confiées à un seul; l'unité résulte alors du commandement direct, et tous les tiraillements entre autorités du même ordre, qui amènent le désordre des subordonnés, sont ainsi évités.

III. — J'ai fait ressortir les avantages de l'unité médico-administrative en montrant que loin d'être fatale aux malades, ceux-ci étaient les premiers à en bénéficier ; je dois maintenant me préoccuper de l'argument de M. Chambard, repris et accentué par M. Marandon de Montyel, qui consiste à accuser la direction médico-administrative de nuire à la science en émasculant les talents. Le fait trop exact, que j'avais relevé, d'une fécondité scientifique à peu près équivalente des directeurs-médecins et des médecins en chef, m'avait paru prouver que l'action de la réunion des fonctions, prétendue néfaste sur celle des premiers, était en réalité sans influence, puisque la production n'était pas supérieure chez les seconds.

Ma conclusion, paraît-il, n'avait rien de légitime, les médecins en chef laissant tarir de leur plein gré la source de leurs travaux, les uns, à cause du ridicule actuel de leur situation, les autres par amour de la tranquille possession du voisinage d'une grande ville,

et sans doute aussi, pour maintenir l'équivalence que je signalais, entre la valeur de leurs écrits et celle des travaux de leurs confrères directeurs-médecins. Mais passons ; les médecins en chef sont une minorité et on ne peut leur en vouloir d'être seulement des *stériles d'occasion*. Quant aux médecins-directeurs, leur cas est plus grave, ce sont des stériles nés et cette infécondité est la résultante obligée de leurs fonctions médico-administratives, comme si, chez eux, l'amour de la tranquillité et des douces rêveries devait perdre tout droit à la produire. Quand M. Marandon de Montyel s'arme, lui aussi, de cette infécondité et prétend en faire porter la responsabilité entière à la réunion de leurs fonctions de directeur et de médecin, il commet non seulement une chose injuste, mais encore une hérésie véritable. Loin d'être une entrave aux travaux scientifiques, la direction médico-administrative est éminemment favorable à leur éclosion, toutes choses égales d'ailleurs. Faut-il donc lui redire avec M. Constans : « De même que dans l'alimentation du corps, la variété est nécessaire dans l'alimentation de l'esprit. Avoir toujours l'esprit tendu sur les obscurités de la psychologie normale et morbide, ne saurait être un bon régime pour lui ; pas même pour le corps, en raison de l'influence du moral sur le physique. » « Cela est si vrai, ajoutait-il, que je n'ai pas souvenir de beaucoup de médecins d'asile ayant atteint une grande vieillesse, et en réunissant le service administratif et le service médical, c'est donc un repos relatif qu'on donne à l'esprit du médecin, une variété obligée, autant que nécessaire, qu'on apporte à son régime intellectuel. »

Bien plus vrai dans une certaine mesure, pour expliquer notre stérilité, que j'appellerai d'habitude, des uns et des autres, est l'argument tiré par M. Marandon de Montyel, de ce fait que, dans nos asiles, le studieux n'est

pas assez encouragé sous forme d'avancement; c'est ce qui fait, qu'en dehors de nos devoirs professionnels, stériles ou féconds, rien ne vient gourmander la paresse des premiers et soutenir le zèle des seconds. Nos règlements n'avaient point prévu cet entrebâillement devenu nécessaire de la porte de l'ancienneté pour laisser passer quelques sujets au choix, et il n'y a pas lieu de s'en étonner outre mesure, les règlements ne devant contenir que les vérités contingentes du moment, et l'ancienneté en était une. La régularité qui en est résultée dans l'avancement excite la verve de notre confrère; qu'il sache donc, s'il l'ignorait, que cette régularité n'est pas un droit pour nous, mais une possibilité. Si elle s'est généralisée pour tous depuis un certain temps, cela prouve que, faisant avant tout grand cas, en haut lieu, de l'accomplissement consciencieusement rigoureux des devoirs professionnels qui nous incombent et pour lesquels nous avons été spécialement institués, nous avons tous été reconnus par l'Administration, les avoir fidèlement remplis. Que cette régularité soit pernicieuse pour les travaux scientifiques, j'aurais mauvaise grâce à le nier; mais en définitive, avons-nous été crées essentiellement pour cultiver la science pure et ne devons-nous pas être avant tout des praticiens? M. Marandon de Montyel l'oublie trop et cet oubli le rend injuste. Continuons donc à remplir la mission qui est notre raison d'être, et s'il faut aux travaux de la spécialité une sanction plus matérielle, que la satisfaction d'enrichir la science de données nouvelles, ce qui est cependant la caractéristique d'un véritable savant, qu'on déplace un peu l'axe de l'avancement en faveur de ceux qui les produisent et qu'on fasse fléchir pour eux le trop rigoureux principe de l'ancienneté. J'avais, du reste, moi-même pressenti cette nécessité quand, à cette place, j'avais, de mon côté, réclamé déjà, pour l'avancement en général,

une orientation différente de celle d'aujourd'hui, en proposant d'instituer au ministère de l'intérieur une commission chargée d'examiner annuellement les rapports des chefs de service. En ajoutant l'appréciation des travaux publiés par ces derniers, au programme des travaux de cette commission, l'idée émise par M. Marandon de Montyel serait bien près d'être la mienne. Mais c'est ici que les difficultés pratiques abondent.

Malheureusement, en l'état de la législation actuelle, la sanction rêvée des propositions de cette future commission, qu'on l'appelle comité supérieur ou autrement, en se heurtant aux droits financiers que les conseils généraux possèdent, risque fort de rester lettre morte. L'article 45 du projet de loi sénatorial qui met les traitements et les pensions de retraite des fonctionnaires des asiles à la charge de l'État, suppose sans doute résolu l'abandon implicite de ces droits, mais est-on bien sûr d'obtenir ce résultat? N'est-ce pas la lutte à entrevoir, à l'occasion du vote de cet article, entre la centralisation et la décentralisation? Et qui pourrait pronostiquer l'issue véritable du débat? Pour tout esprit impartial cependant, il n'est pas douteux que la loi de 1838 n'ait été bouleversée par le régime inauguré en 1866 et 1871 (lois de décentralisation), et à n'envisager que le fait d'avoir, en définitive, constitué par lui les assemblées départementales souveraines maîtresses en matière d'assistance des aliénés, on peut dire que celles-ci ont la main-mise sur l'avancement. Or, voilà où est toute l'erreur, et l'erreur légale, dont les conséquences sont autrement fatales au relèvement du niveau scientifique de la spécialité, que la réunion des fonctions de directeur et de médecin. Il s'agit bien des propositions d'avancement d'un comité supérieur, si ces propositions sont à l'avance frappées de stérilité et dépourvues de la sanction pécuniaire qu'elles comportent. N'est-il pas

temps d'aviser? Est-ce l'assemblée départementale qui règle le budget des lycées, des écoles normales, donne de l'avancement aux professeurs, déplace les proviseurs? Non! pourquoi n'en serait-il pas de même pour les asiles et leur personnel? C'est là sans doute une grosse question incidente, dont les développements sont hors de proportion avec la place qui m'est mesurée; aussi, dans l'espoir d'y revenir, je me contenterai de dire que la centralisation devient une conséquence inévitable du fonctionnement actuel d'une direction de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. Il est grand temps que la capacité administrative des directeurs-médecins cesse de se mesurer à l'importance des bonis et d'être le criterium presque absolu de leurs capacités médicales. Tant qu'il en sera ainsi dans les asiles, ceux qui les dirigent échapperont aussi difficilement aux reproches de souplesse aux désirs des bureaux de la préfecture qu'à ceux de stérilité scientifique formulés tous deux par M. Marandon de Montyel.

IV. — De tout cela que conclure : c'est que l'unité administrative et médicale reste debout, et que ni les arguments de M. Chambard, ni ceux de M. Marandon de Montyel ne réussiront à l'entamer. Nous n'avons que faire de votre administrateur, de votre agent comptable; notre organisme est conçu pour bien fonctionner sans lui, je l'ai prouvé péremptoirement ailleurs, en réclamant une modification dans le recrutement des secrétaires de direction. Et si des conditions nouvelles différentes, puisées dans vos projets théoriques, venaient à être adoptées pour le fonctionnement des asiles, je n'hésite pas à prédire ici pour lui, dans l'avenir, le gâchis le plus tangible qu'il soit possible d'organiser.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1890.

Présidence de M. BALL.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. LE PRÉSIDENT annonce la perte que la Société vient de faire, dans la personne de M. Baume, membre correspondant et ancien Directeur de l'asile d'aliénés de Quimper.

MM. Pierret et Albert Carrier, de Lyon, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciements de M. Georges Dumas, nommé membre correspondant dans la dernière séance ;

2° Une lettre de remerciements de M. Châtelain, nommé membre associé étranger dans la dernière séance ;

3° Une lettre de M. Guignard demandant à changer son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire. — Cette proposition mise aux voix est adoptée à l'unanimité, et M. Guignard est nommé membre honoraire de la Société ;

4° Une lettre de candidature de M. René Semelaigne, chef de clinique adjoint de la Faculté de Paris. Commission : MM. Ball, Falret et Rouillard, rapporteur ;

5° Une lettre de M. Delaporte, médecin-directeur de l'asile de Quatre-Mares, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, Saury et Legrain, rapporteur ;

6° Une lettre de M. L. Huet, ancien interne des hôpitaux, sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Ballet, Auguste Voisin et Séglas, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Un volume en langue russe, contenant une série de travaux sur la pathologie mentale et nerveuse, dédiés par ses élèves au professeur Kojewnikoff, de Moscou, à l'occasion du vingt-cinquième anniversaire de son doctorat ;

2° *Rapport sur les services médicaux de l'asile d'aliénés de Marseille;* par les Drs Boubila et Rey ;

3° *Septième rapport sur le service des aliénés de l'Etat de Pensylvanie* (Etats-Unis);

4° *Quelques mots sur la trépanation préhistorique;* par le Dr Hospital ;

5° *Les aliénés dans la province de Québec ;* par le Dr A. Vallée ;

6° *Leçons sur quelques points de traitement de névroses;* par le Dr E. C. Seguin.

M. le professeur Ball fait hommage à la Société de la seconde édition de ses *Leçons sur les maladies mentales*.

M. J. Falret présente son rapport sur l'œuvre de patronage des aliénés indigents de la Seine, pour l'année 1889.

M. J. Falret fait remarquer, à propos du procès-verbal d'une séance précédente, qu'il n'a jamais considéré la mélancolie comme une entité morbide, mais bien comme un état provisoire comprenant des groupes qu'il est intéressant d'étudier. Il rappelle en outre la communication faite par M. Marandon de Montyel sur une révolte d'aliénés et la discussion qui s'en est suivie; il demande à ce propos que la question des aliénés dits criminels soit mise à l'ordre du jour. (Adopté.)

Rapport sur les travaux de M. Magalhaës Lemos.

M. Chaslin. — Messieurs, M. Magalhaës Lemos, membre associé étranger, a fait hommage à la Société médico-psychologique de deux brochures (1), dont vous m'avez chargé de vous présenter une analyse.

---

(1) *Licão d'abertura do curso clinico de doenças mentaes e nervosas feito no hospital do Conde de Ferréira;* par M. Magalhães Lemos. — Porto, 1890.

A Paralysia geral, dissertação de concurso à escola medico-cirurgica de Porto. — Porto, 1889.

Le premier travail est une leçon d'ouverture d'un cours sur les maladies mentales et nerveuses, faite par l'auteur dans un hôpital à Porto. Dans cette leçon, M. Magalhaës Lemos a cherché à montrer à ses élèves que le médecin devait, en face d'un malade, penser toujours à la fois cliniquement, physiologiquement et anatomiquement et pour ce faire il a pris deux exemples, l'un théorique, l'autre appuyé de la présentation d'un malade. Dans le premier cas, il s'agissait d'un hémiplégique dont il fallait discuter le pronostic. L'auteur a mis en relief l'importance que l'on doit attacher au phénomène du pied. Puis, il a présenté un malade atteint de paralysie faciale qui rentre bien dans les cas que M. Neumann a fait connaître ; c'était une paralysie faciale analogue à celles dites *a frigore*, mais sans que le froid fût en réalité la véritable cause. Elle est survenue chez un individu nerveux ayant eu des accès maniaques, à la suite d'un traumatisme léger, l'ablation d'une dent.

La seconde brochure est une dissertation de concours présentée à l'École médico-chirurgicale de Porto. L'auteur s'est proposé de passer en revue les différentes théories de la paralysie générale, et de les contrôler au moyen de ses propres préparations histologiques. Dès le début, il dit que l'adhérence des méninges n'est pas caractéristique de la paralysie générale, et de plus il prétend que Meschède a pris pour des lésions des cellules nerveuses appartenant à la paralysie générale des modifications dues à l'involution sénile. — Il passe en revue tous les éléments constitutifs de l'écorce du cerveau, et à propos des gaines lymphatiques, il décrit un aspect granuleux et finement réticulé que ces gaines prendraient, aspect qui n'aurait pas encore été décrit. J'avoue que je ne comprends pas bien ce qu'a pu voir l'auteur, d'autant plus que la question des gaines lymphatiques à l'état normal est loin d'être vidée et qu'il faut se méfier des altérations dues au réactif. Quant aux lésions interstitielles, M. Lemos les décrit à peine : il adopte l'opinion que la névroglie est de nature conjonctive, mais il ne définit pas ce qui constitue la névroglie. Il s'occupe d'ailleurs exclusivement des cellules de cette névroglie, il reconnaît leur multiplication, mais il

nie l'existence constante, tant à l'état normal qu'à l'état pathologique, des cellules araignées de Deiters et il ne parle pas de la néoformation des fibres de la névroglie. Or, on trouve ces cellules à l'état normal à la partie la plus superficielle de l'écorce, et d'autre part s'il y a une lésion nette et certaine, c'est bien la transformation des prolongements de ces cellules dans la paralysie générale.

A propos des recherches de Tuczek, M. Lemos pense, ce qui me paraît probable, qu'il y a toujours, avant la disparition des fibres nerveuses, une encéphalite interstitielle. Et en terminant, il conclut que la paralysie générale est caractérisée anatomiquement par une encéphalite interstitielle chronique diffuse, due à une prolifération du tissu conjonctif qui naîtrait de la trame névroglico-vasculaire des centres nerveux.

Cette dernière partie de la définition contient, suivant nous, une erreur; car comme nous l'avons dit plus haut, la névroglie n'est pas de nature conjonctive et il n'y a de tissu conjonctif qu'autour des vaisseaux. La paralysie générale est une sclérose conjonctive et névroglique, dans le sens que M. Déjerine a donné à cette expression pour le tabès ordinaire. M. Lemos a répété les expériences de Mendel sur la paralysie expérimentale développée chez les chiens en les maintenant sur un appareil à rotation. Il conclut avec raison que cette inflammation développée chez les animaux n'est qu'une pseudo-paralysie générale.

Vous voyez, Messieurs, que malgré les quelques points que j'ai cru devoir relever dans les travaux de M. Lemos, ceux-ci sont intéressants et donnent une note personnelle ; notre collègue portugais fait preuve de beaucoup d'ardeur au travail et il se tient au courant des recherches récentes. Nous ne pouvons que nous féliciter de voir les auteurs français en particulier cités aussi souvent qu'ils le sont dans ces deux brochures. La leçon d'ouverture faite à Porto est écrite dans un excellent esprit ; nous devons augurer fort bien de la suite de ce cours, le premier fait en Portugal sur les maladies mentales et nerveuses.

Mélancolie spéciale aux délinquants prévenus ou condamnés.

M. Charpentier. — Plusieurs faits de mélancolie survenue chez les individus prévenus ou condamnés, nous ont paru présenter entre eux un ensemble de caractères assez analogues pour pouvoir être réunis dans une description commune.

Ce n'est pas à dire que nous voulions décrire ici toutes les formes de folie qui se rencontrent pendant la prévention ou après la condamnation, ni que la forme que nous tentons de décrire ne puisse se produire chez d'autres sujets; mais cette mélancolie emprunte au fait même de la prévention ou de la condamnation quelques caractères propres, utiles à mettre en relief en raison des difficultés qu'ils offrent à l'observation médicale et surtout à propos de la question de guérison, quand tout phénomène morbide a disparu. Il est bien entendu que nous éliminons les cas de folie dont le délit n'est qu'un résultat.

La forme à laquelle nous faisons allusion consiste essentiellement en une forme mélancolique; la tristesse, l'abattement, l'inquiétude, l'anxiété, l'angoisse, le désespoir, en constituent le fond; parfois la torpeur, une espèce de faux remords, le refus d'aliment ou des idées de suicide, des idées morbides de persécution ou de nature mystique viennent s'y adjoindre; il n'est pas rare non plus d'y trouver des jugements faux portés par ces sujets sur la véracité ou l'importance du délit commis, sur les poursuites dont ils ont été l'objet, sur la sentence rendue, sur les traitements qu'ils ont subis, soit pendant la prévention, soit après la comdamnation; fort souvent la manie raisonnante, la faiblesse du sens moral se font remarquer; mais le caractère le plus saillant consiste dans un mélange en proportions variables de sincérité et de simulation, et ce n'est qu'après une observation très prolongée de pareils sujets que nous avons pu nous rendre compte combien facilement pouvait être surprise la bonne foi et la science des médecins chargés de leur examen, s'ils n'avaient pas par devers eux tous les renseignements exacts et si

leur observation n'était pas suffisamment prolongée et variée.

Nous examinerons d'abord les sujets chez lesquels apparaît cette mélancolie, puis son développement et ses caractères, le degré de gravité qu'elle peut atteindre et les questions à résoudre quand la guérison se manifeste.

Ce n'est pas chez des sujets ayant subi plusieurs condamnations qu'elle apparaît ordinairement. Dans ces cas, la mélancolie perd de ses caractères propres et de son importance, car elle est masquée par les idées de persécution, le caractère haineux et agressif, l'instinct vicieux, l'absence de sens moral et les raisonnements faux de ces sujets. Au contraire, elle apparaît le plus souvent à propos d'une première prévention ou d'une première condamnation; le délit qui est l'occasion de son développement est en général d'une certaine gravité ou en tous cas capable d'entraîner une pénalité assez sévère; ces sujets sont encore jeunes, ou n'ont pas dépassé la vigueur de l'âge; ils appartiennent souvent à un entourage respectueux des lois sociales et, à part le point délictueux, ont mené une conduite assez régulière, même lorsqu'il s'agissait de délits continus ou successifs.

Les délits les plus fréquents sont des tentatives de meurtre, des abus de confiance, des outrages aux mœurs, et, chez les militaires, des insultes aux supérieurs ou des désertions.

La famille de ces individus peut offrir des antécédents névropathiques ou vésaniques, mais souvent il s'agit de renseignements verbaux relatifs à des symptômes depuis longtemps passés, impossibles à contrôler, fournis d'ailleurs par la famille et susceptibles d'être mis en doute, si l'on songe que les mauvaises inspirations de la pitié et de l'indulgence peuvent les avoir fait créer de toutes pièces pour permettre à l'inculpé d'éviter une peine infamante; les renseignements vésaniques ou névropathiques personnels au sujet portent la même empreinte. Ceux-ci parlent de convulsions dans l'enfance, de faiblesses subites, de vertiges vagues, d'impressionnabilité excessive, d'emportements faciles, de maux de tête ou d'insomnie qu'ils auraient éprouvés autrefois; presque toujours il s'agit de symptômes subjectifs et qu'il n'est

pas possible au médecin de contrôler. Parfois ils invoquent, à l'occasion du délit, l'influence d'un excès alcoolique auquel ils n'étaient pas habitués et leur impressionnabilité extrême pour de telles boissons.

De tels sujets arrivent dans notre service, soit que la folie ait apparu après la condamnation, soit que son développement pendant la prévention ait suspendu le jugement ou abouti à une ordonnance de non-lieu.

Lorsque ces malades se présentent pour la première fois à notre examen, ils sont tous timides, craintifs, pusillanimes ou modestes et doucereux, en tous cas, inquiets; ils se tiennent la tête baissée et nous regardent à la dérobée, ou bien immobiles, la tête renversée en arrière, mais humbles, ils ne nous quittent pas du regard; d'autres se cachent constamment le visage en le couvrant de leurs mains, dont les doigts sont convenablement écartés pour leur permettre de voir l'observateur; plusieurs caressent de haut en bas, d'une façon monotone et lente, la moitié inférieure du visage avec le creux de la main, infléchie à cet effet; telle est leur attitude à peu près constante le jour du premier examen.

Les réponses aux questions que nous leur adressons présentent aussi un ensemble de mêmes caractères; à une première question qui leur est adressée, ils ne répondent pas, ils semblent n'avoir pas cru que c'était à eux qu'elle était adressée, ou n'avoir pas compris ou n'avoir pas entendu; nous sommes ordinairement obligés de répéter la question; ce n'est pas la nature de la question, ni le ton sur lequel elle est posée qui détermine cet état, car il est le même pour une question importante ou banale, pour un ton sévère, railleur, indulgent ou simplement poli. La réponse, quand elle se fait, est donnée à voix basse, timide, plaintive; elle n'est jamais précise, toujours évasive; elle s'accompagne immédiatement de soupirs, plaintes, ou de larmes et sanglots, aussi de frissonnements convulsifs du corps, de mouvements saccadés des membres, parfois de mouvements d'impatience de ceux-ci; ce cortège de la réponse la précède souvent et la rend encore plus difficile à apprécier; toutefois en y mettant plus ou moins de temps, et, par un changement de question ou de ton, nous finissons ordinairement par avoir le premier jour

de l'examen un ensemble de renseignements vrais ou faux, fournis par ces sujets sur leur carrière, leur état de santé antérieure, sur leur famille. Mais où la situation devient plus particulièrement difficile, c'est quand nous interrogeons ces sujets sur le délit commis ; toujours il y a aggravation immédiate des symptômes mélancoliques, l'agitation, les gémissements, l'inquiétude, l'angoisse sont plus accentués ; toutefois les sujets finissent par nous faire entendre qu'ils ne se rappellent pas ce qui s'est passé, qu'ils n'avaient pas la tête à eux ce jour-là, qu'ils étaient malades, que nous devons bien voir qu'ils le sont encore, tant est grande la confusion dans leurs idées ; ou bien ils disent qu'ils n'ont pas commis de délits, qu'il y a eu erreur ou encore qu'ils ne comprennent pas que ce soit un délit. A côté de ceux-là, notons ceux qui, tout en répondant quelque chose, ne répondent rien qui ait quelque rapport avec le délit commis et se bornent à des phrases incohérentes ; mais ceux-ci comme les précédents ne manquent presque jamais, quand nous sommes sur le point de les congédier, de manifester quelques idées bizarres de persécution ou de nature mystique, qui sont peu faites pour éclairer la question ; ils ont toujours soin de signaler brièvement quelques allusions à des faits passés autrefois et qui sont à leur honneur ; en tous cas, ils partent en nous exprimant, s'ils ne l'ont pas déjà dit, leur dégoût pour la vie, la honte du sort qui leur est réservé, et le désir de mourir, tout cela toujours exprimé en termes laconiques, entrecoupés de plaintes ou soupirs, et souvent sans cesser de quitter de l'œil la physionomie de l'observateur.

En résumé, dans leur attitude, dans leur regard, dans leur voix et dans leurs réponses, il n'y a pas cet ensemble qui correspond au cynisme du simple vicieux ou du criminel endurci, ni à la naïveté et à la contradiction si fréquentes chez le vrai mélancolique, ni au débit rapide ou à la réserve froide et orgueilleuse du vrai persécuté, non plus qu'à l'absorption dans ses pensées mystiques du délire religieux.

Les jours suivants, les mêmes manifestations continuent plus ou moins accentuées ; nous apprenons que ces malades ont mal dormi, ont parlé tout haut la nuit,

n'ont pas voulu rester couchés et que dans le jour ils débitent des paroles incohérentes, refusent plus ou moins de manger, ou bien qu'ils restent immobiles, ne répondant à aucune question, ou qu'ils cherchent à se sauver ou encore qu'ils pleurent constamment et réclament continuellement leur mise en liberté; en notre présence, c'est la même attitude désolée, anxieuse; ce sont les mêmes manifestations d'idées de suicide et les mêmes réponses vagues sur leur santé, car ce n'est qu'après avoir été interrogés plusieurs fois sur un symptôme, qu'ils finissent par l'éprouver, en tous cas ils ont toujours le même regard observateur. Si nous continuons à témoigner à ces malades notre peu de confiance dans toutes leurs manifestations, la scène s'aggrave, l'état d'anxiété et l'agitation deviennent extrêmes, des tentatives de suicide, assez sérieuses pour qu'on soit obligé de les camisoler, apparaissent, le refus d'alimentation s'accentue, les forces diminuent, les réponses sont incohérentes, l'état général s'altère; en nous s'impose l'idée de la possibilité d'une terminaison funeste et la nécessité de changer notre attitude défiante vis à vis de ces malades. Bref, ce sont des sujets que l'irritation d'être puni et le désespoir de ne pas voir cesser la punition conduisent à la tristesse, à la mélancolie et enfin à la confusion intellectuelle; ils ressemblent, mais en exagérant le tableau, aux enfants qui, désolés d'être grondés et irrités d'être punis, tombent dans ces états nerveux si redoutés des parents que ceux-ci n'osent plus ni les gronder ni les punir.

Nous venons de décrire l'état de ces sujets lorsque nous leur montrons qu'ils ne peuvent nous tromper. Si, au contraire, peu après notre premier examen, nous témoignons lentement et graduellement au sujet notre conviction qu'il a bien pu se glisser une erreur à propos de la constatation du délit, que la peine, si la sentence a été prononcée, est beaucoup trop sévère, que son cerveau n'a pas pu résister aux chocs de l'inquiétude, du désespoir, de la honte ou du remords; si nous faisons pénétrer en lui l'idée de possibilité de mise en liberté quand il sera guéri et de la revision de la sentence rendue ou de ses effets en raison des troubles mentaux qu'il présente, la scène cesse comme par enchantement,

le visage devient bientôt calme, reposé, souriant, épanoui, confiant, quoique encore réservé, mais le regard toujours inquisiteur. L'appétit revient en même temps que le sommeil; le malade cause dans son entourage sans délirer, tout rentre dans l'ordre et promptement le malade nous demande sa mise en liberté en nous rappelant les promesses que nous lui avions faites. Même changement s'opère, mais plus lentement, avec ces mélancoliques dont le délire s'accroissait pendant que nous continuions notre attitude défiante à leur égard, le jour où la crainte du danger nous fait compatir à leurs douleurs et croire à leurs obligations. Chez ces malades, la rapidité de la transition varie avec le degré de confiance que nous parvenons à leur inspirer.

Ainsi nous sommes en présence de délinquants tombés dans un état mélancolique et qui, suivant notre attitude indulgente ou défiante, passent rapidement à l'état de calme ou, au contraire, d'excitation et nous sommes toujours ramenés, en définitive, à l'attitude indulgente, par crainte d'aggravation de cette excitation. Des observations répétées et prolongées nous permettent de croire que la relation entre l'état de calme de ces malades et leur confiance dans notre intervention favorable n'est pas une illusion de notre part; car parfois des incartades de ces malades, en attendant leur mise en liberté, nous ont obligés à les admonester sévèrement, à nous montrer défiants vis-à-vis d'eux et déjà les anciens troubles mentaux ont fait, à nouveau, leur apparition pour cesser par l'emploi des mêmes procédés d'indulgence.

Mais qu'il y ait ou non rechute, que la mise en observation après la disparition de ces symptômes soit plus ou moins prolongée, une même question finit par s'imposer : celle de la guérison. Nous finissons toujours par la certifier, mais au prix de quelles hésitations; car nous nous demandons toujours de quoi sont guéris ces malades que nous déclarons guéris : les uns sont guéris de l'état de tristesse dans lequel ils étaient tombés, état dont ils avaient saisi, en y tombant, l'importance ainsi que les moyens à en tirer pour faire excuser ou atténuer leur culpabilité; d'autres, faussement conseillés, espèrent même en bénéficier pour expliquer que leur délit était

dû à la folie, puisqu'ils ont été, disent-ils, reconnus fous après le délit. Cet état de tristesse non simulé, dans la prison, une fois comprise son importance, ils l'ont exagéré et en présence du refus d'alimentation, des menaces ou des tentatives de suicide telles qu'on ne peut savoir si elles sont vraies ou simulées, il est bien difficile au médecin qui visite de tels prisonniers de savoir si la folie est réelle ou non et nous comprenons parfaitement que, par esprit de prudence, de tels malades soient dirigés sur les services d'aliénés. Mais l'état d'esprit du médecin d'asile, surtout lorsqu'il assiste au mécanisme de la guérison, ne peut être le même, car il lui a été possible de constater que la mélancolie était due aux effets de la condamnation ou à leur crainte, et que les lueurs de liberté qu'il sait faire apparaître aux yeux de son mélancolique suffisent pour faire dissiper tout le nuage morbide.

Notre hésitation à certifier la guérison de ces malades est d'autant plus grande que cette guérison n'entraîne pas la suspension de l'action de la justice et que ces sujets, quand ils recommencent à sentir son poids, sont souvent repris des mêmes symptômes en prison et nous sont, pour cette raison, retournés, à moins qu'ils ne soient admis dans d'autres asiles d'aliénés.

Parmi ces malades, il en est quelques-uns qui tranchent d'eux-mêmes la question; ils consentent, une fois les troubles morbides disparus, à attendre leur mise en liberté, demandent à travailler, ce qui ne peut leur être refusé, et, sous prétexte d'aller aux travaux, ne tardent pas à s'évader. Il va de soi que nous ne concluons jamais dans nos certificats à la réintégration de pareils sujets dans notre service ; notre responsabilité est remplacée par la responsabilité administrative et nous devons avouer que nous avons rencontré quelques-uns de ces sujets qui, après leur évasion, n'avaient été réintégrés nulle part. Si chez ces malades, l'état de mélancolie spéciale dans lequel ils sont tombés et dont ils sont sortis sains et saufs avait sur leur conduite ultérieure une influence moralisante et équivalente à la valeur moralisante de la peine encourue, nous comprendrions que cette maladie puisse être invoquée au point de vue de la réduction de la peine; mais si nous en jugeons par les malades que

nous avons vus, de tels sujets ne nous ont pas paru être devenus meilleurs; ils sont persuadés qu'ils ont trompé les magistrats, les médecins de prison et les médecins d'asile et que par conséquent ils sont très intelligents. Quand ces sujets sont guéris, ils n'éprouvent pas le regret réel du délit commis, ils ont une grande tendance à l'oublier et une impatience mal contenue quand il nous arrive de leur en parler à nouveau.

Malgré tout, il est nécessaire à un moment de les déclarer guéris; en effet tous, même avec l'attitude défiante du médecin, n'arrivent pas à la période d'excitation. Il en est qui, lassés de tromper et cependant persuadés qu'ils ne sortiront pas de l'asile, finissent par prendre leur mal en patience; ceux-là, s'ils ne parviennent pas à s'évader, cessent rapidement de vouloir travailler, deviennent arrogants, discutent la justice sociale et les applications qui leur en sont faites, s'irritent contre le service hospitalier, fréquentent les autres vicieux, complotent avec eux, et viennent alimenter les écrits complaisants d'une presse agitée, rêvant toujours de supprimer les prisons et les asiles d'aliénés, dans l'espoir de transformer leurs pensionnaires en éléments actifs et éclairés d'une grande collectivité sociale.

Il est donc prudent de la part du médecin de ne pas trop prolonger le séjour de tels malades dans son service et, malgré la crainte souvent fondée de rechute, de les restituer à l'administration qui les a confiés aux services hospitaliers.

Nous résumons les considérations qui précèdent dans les conclusions suivantes :

Il y a lieu d'admettre chez certains prévenus ou condamnés une mélancolie spéciale, non antérieure au délit commis et sans rapport avec ce délit, liée intimement à la crainte des effets de la condamnation.

Cette mélancolie consiste dans un mélange d'éléments vrais : crainte, tristesse, désespoir; et d'éléments surajoutés : irritation et confusion intellectuelle pouvant tendre vers la mélancolie suicide.

Elle s'associe d'ordinaire à une faiblesse du sens moral et à de la fourberie.

Elle disparaît rapidement, dès que le sujet a des raisons d'espérer sa mise en liberté.

La relation intime entre son amélioration et l'espoir de liberté et, au contraire, entre son aggravation et la privation de cet espoir, explique les guérisons promptes et les rechutes de cette mélancolie.

Ces rechutes rendent compte des contradictions apparentes entre le médecin qui examine le sujet dans la prison et celui qui l'examine dans un asile spécial.

Elle ne devrait pas être considérée comme un élément d'atténuation de la peine.

Les malades qui guérissent de cet état mélancolique survenu dans ces circonstances terminent souvent par la manie raisonnante, conservent ordinairement de la haine pour les institutions sociales de leur pays, et une grande tendance aux idées révolutionnaires.

La mélancolie dans ses rapports avec la médecine légale. — Le suicide à deux. — Responsabilité pénale du survivant poursuivi pour homicide volontaire?

M. Paul Garnier. — Messieurs, en me faisant inscrire à l'ordre du jour pour prendre la parole au cours de la discussion sur « *la mélancolie et ses diverses formes* », je n'ai pas eu l'intention de traiter la question dans un travail d'ensemble. Ce sujet est extrêmement vaste, et ce n'est que dans une étude de très longue haleine qu'on peut prétendre l'examiner sous toutes ses faces et sous ses aspects multiples.

Aussi bien, ceux de nos collègues qui sont intervenus dans le débat posé sous l'inspiration toujours si juste et si féconde de M. Falret, n'ont-ils tenu, pour la plupart, qu'à envisager spécialement un côté de cette question complexe, en apportant, pour l'éclairer, de nouveaux faits intéressants.

Je n'ai pas une ambition plus vaste. Je dois même convenir que ma modeste communication n'est, en quelque sorte, qu'un côté annexe de la question et n'est pas précisément la question même soumise à votre examen : elle s'y rapporte, voilà tout.

Cependant, vous voudrez bien, j'en suis sûr, m'accorder que, lorsqu'on parle du suicide, on est tout près de la mélancolie, quand on n'est pas sur son terrain même. C'est donc du suicide que je voudrais vous

entretenir, ou plutôt, du *suicide à deux* et de certains problèmes de médecine légale qu'il peut soulever.

Le suicide n'est pas un crime punissable par les lois; mais, particularité étrange, il peut y avoir poursuites judiciaires, et il y a des exemples de condamnation contre l'un des co-auteurs survivant, contre ce *singulier complice* d'un acte qui, en lui-même, n'est pas jugé criminel.

Ainsi, deux désespérés ont combiné les préparatifs d'un suicide et, d'après des moyens ou des dispositifs variés, ont cherché, *sincèrement*, à être les meurtriers d'eux-mêmes. L'un deux échappe à la mort et, bien qu'il soit démontré qu'il ne doit la vie qu'à un bizarre caprice du sort, cette survie appelle parfois sur lui l'accusation *d'homicide volontaire*.

Il y a plus. Pour qu'une action judiciaire s'ensuive, il n'est pas nécessaire, ainsi que nous le verrons par un exemple que je vais relater tout à l'heure, que l'un des *co-auteurs du suicide à deux* ait trouvé la mort. Il suffit que sa vie ait été manifestement mise en péril, à l'aide de cette tentative, par son *complice*, considéré plus ou moins comme l'instigateur du suicide à deux.

En pareil cas, l'inculpation relevée est : *tentative d'homicide volontaire*.

L'étude de la jurisprudence, la connaissance de certains arrêts célèbres, nous conduisent donc à dire qu'une pénalité peut venir frapper le survivant d'un suicide à deux, comme ayant consommé, ou simplement *voulu*, la mort du co-participant.

S'il en est ainsi, lorsqu'il s'agit d'adultes, libres de leur volonté, libres de disposer d'eux-mêmes, libres de quitter la vie, au moins au point de vue pénal, sinon au point de vue moral, comment la justice traitera-t-elle des parents, un père, une mère, qui, exerçant une pression tout au moins morale sur leur enfant, certains cas obligeraient à employer le pluriel, l'associent à une tentative de suicide ?

Que vaut, en pareil cas, l'acquiescement d'un enfant qui ne sait rien de la vie et ne peut avoir que des idées bien vagues sur la mort et, par conséquent, sur la véritable signification de la résolution funeste vers laquelle on l'entraîne ?

Cette suggestion s'exerçant sur un être à peine conscient de ce que l'on veut de lui, et, en tous les cas, peu apte à y résister, n'implique-t-elle pas pour celui qui l'opère une lourde responsabilité? Le suicide se transforme alors en un homicide et la justice se demande si elle ne doit pas sévir contre des parents qui se sont rendus coupables de cet *embauchage* pour la mort, qu'on me pardonne l'expression.

Mais, devant la tristesse d'une telle situation, il est bien naturel qu'elle hésite et que la pitié tende à se substituer à la froide loi. Elle s'émeut et s'interroge pour savoir si des résolutions témoignant d'un tel désarroi moral n'émanent pas d'une exaltation véritablement morbide et ne sont pas la traduction lamentable d'un délire lypémaniaque; elle fait alors appel à l'expert.

C'est dans ces conditions que j'ai été commis, à plusieurs reprises, pour me prononcer sur la question de responsabilité pénale. Je me bornerai à relater les deux exemples suivants :

I. Nous soussigné, Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police, commis le 16 octobre 1889, par M. Boumieau-Gesinon, juge d'instruction au tribunal de première instance du département de la Seine, à l'effet d'examiner l'état mental de la nommée E... (Elisa), inculpée de tentative d'assassinat,

A l'effet, après avoir reconnu l'état où se trouve la susnommée, de s'expliquer sur le degré de sa responsabilité pénale.

Après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier judiciaire, visité un grand nombre de fois ladite inculpée à la maison de Saint-Lazare et nous être entouré de tous les renseignements de nature à nous éclairer, avons consigné dans le présent rapport les résultats de notre examen.

La femme E... est accusée d'avoir tenté de donner la mort à son enfant, avec lequel elle a cherché à se suicider Cette tentative emprunte aux circonstances qui l'ont précédée, accompagnée ou suivie, un intérêt spécial.

Le 7 octobre dernier, à une heure de l'après-midi, des pêcheurs de la Varenne-Saint-Maur, aperçurent une femme qui se débattait dans la Marne; non loin d'elle, et plus près de la rive, un enfant d'une douzaine d'années se tenait debout, à demi-enlisé dans la vase, et ayant de l'eau jusqu'aux épaules; ils se portèrent aussitôt à leur secours; mais la femme, saisie

au moment où le courant l'entraînait déjà, opposa une vive résistance, déclarant que son dessein était de mourir. Conduite dans une maison voisine, il fallut la tenir en étroite surveillance; elle cherchait à se précipiter par une fenêtre. Au commissariat de police, son exaltation ne fut pas moindre. Elle ne fit aucune difficulté pour se nommer. On trouva d'ailleurs, sur elle, une lettre adressée à son mari le sieur E..., lettre où elle lui annonçait, en ces termes, sa résolution d'en finir avec la vie.

« 6 octobre 1889.

« Très cher Jack,

« Vous ne pouvez être surpris de la détermination que nous « avons prise; car vous nous avez souvent dit que nous étions « un embarras pour vous. Vous voulez vivre avec des maîtresses, « comme auparavant, et en changer tous les six mois. C'est « pour cela que nous vous gênons. La vie conjugale, les enfants, « tout cela vous est en haine. Deux fois aujourd'hui, j'ai pris « le train et en suis descendue. *Mais Georges* (son fils) *m'a « encouragée à persister dans notre intention de suicide*, car il « lui répugne de rentrer à la maison. Pourtant, je suis allée à « l'hôtel où nous avons rencontré S... *qui a demandé à Georges « s'il était ivre*. Je suis donc allée chez Justinien et j'ai dîné « pour 2 fr. 50. Je vous prie de payer cette dette qui est la « seule que je laisse. O mon bien-aimé! à mon dernier souffle, « je pense à vous. Pourquoi n'avons-nous pu être heureux! « *Georges me pousse à mourir. Il le faut donc*, et s'il n'y a pas « de Dieu dans l'autre monde, j'y trouverai du moins la paix.

« Votre femme malheureuse, mais qui vous aime. J'écris « ceci, 4, boulevard Beaumarchais.

« Signé : Lizzie. »

Au-dessous, quelques lignes d'une écriture enfantine.

« Papa, j'aime mieux mourir avec maman que de vivre avec « vous. Vous l'avez insultée et la vie serait insupportable « avec vous.

« Votre fils, Georges. »

La femme E... (Elisa), âgée de trente-deux ans, descend d'une ancienne et illustre famille d'Irlande, depuis longtemps déchue du rang élevé qu'elle a occupé autrefois. Son père, homme excentrique, n'avait qu'une très petite fortune qu'il dissipa. Lorsqu'elle épousa, il y a une quinzaine d'années, à Londres, le sieur E..., d'origine hongroise, elle était gouvernante chez le secrétaire du vice-roi des Indes. Elle eut, en moins de quatre ans, trois enfants et ressentit très vivement les fatigues de la maternité. Très nerveuse, très émotive, elle fut fortement éprouvée par la mort de deux de ses enfants. Il y a cinq ans,

elle tomba assez sérieusement malade. En même temps que son état moral apparaissait assez troublé, une affection utérine se déclarait et la forçait, peu après, à entrer à l'hôpital. Elle dût subir une opération assez sérieuse, sur la nature de laquelle nous n'avons pu obtenir de renseignements précis.

A la suite de cette maladie, qui eut, d'ailleurs, de nombreuses rechutes et ne guérit jamais complètement, son caractère, originellement instable déjà, s'altéra d'une manière notable. Elle devint de plus en plus impressionnable. Elle ne supportait pas l'alcool, nous dit son mari, et ne se défendait pas assez contre une tendance à en abuser. Toutefois, elle n'avait donné aucun signe de dérangement intellectuel, antérieurement à l'acte qui lui est reproché. Des scènes survenaient bien de temps à autre, dans le ménage, mais sans prendre des proportions inquiétantes. Jamais Elisa E..., à l'occasion de ses ennuis domestiques, des discordes qui s'élevaient entre elle et son mari, n'avait manifesté l'intention de se suicider.

C'est sous les dehors d'une personne calme et raisonnable que, dès notre première visite, nous voyons la femme E..., à la maison de Saint-Lazare. Pendant son court séjour au Dépôt de la préfecture de police, elle avait encore montré une assez grande surexcitation pour que M. le directeur ait pensé devoir signaler sa situation mentale au parquet. Mais cette exaltation ne tardait pas à tomber dans les deux ou trois premiers jours qui suivirent son entrée à Saint-Lazare, et, au moment de notre examen, nous ne trouvons rien à reprendre à son langage ou à sa tenue. Elle s'explique sans difficulté sur les circonstances qui l'ont amenée dans la situation où elle se trouve, situation qu'elle accepte, d'ailleurs, sans une récrimination, sans une plainte. Possédant mal la langue française, elle nous fait en anglais l'exposé de ses antécédents et elle essaie de nous faire comprendre comment elle a été entraînée à la résolution de se suicider avec son fils. Aujourd'hui, elle sent elle-même qu'elle n'a pas de véritables motifs à fournir pour expliquer son suicide et elle conclut en disant : « *Ça été un moment de folie*, car mon mari n'est pas si méchant pour moi que je l'ai dit. » Ce qui nous a paru se dégager des divers entretiens que nous avons eus avec la femme E..., c'est que, tourmentée depuis longtemps par des troubles névropathiques (céphalalgie opiniâtre, éblouissements vertigineux, insomnie, cauchemars, désordres de la santé générale), elle eut, tout à coup, un accès de découragement mêlé de sourde irritation au sujet de l'existence qui lui était faite. Nature nerveuse et délicate, d'une éducation assurément supérieure à celle de son mari, elle souffrait moralement et physiquement de se voir contrainte à passer ses journées dans une pièce qui était à la fois l'atelier, la cuisine et la chambre à

coucher. « Je me sentais malade, nous dit-elle, dans cet air vicié, au milieu de ce bruit; mon mari impatient et un peu dur, quoique bon au fond, ne comprenait pas ce que je souffrais avec mon tempérament maladif, etc. »

Chez une femme nerveuse, de santé fort précaire, excitable, douloureusement impressionnée depuis quelque temps, toute préparée, en quelque sorte, à subir l'impulsion de sentiments exaltés, l'alcool, même à faible dose, pouvait suffire, par son appoint de stimulation, à provquer une vive réaction. Revenue au calme, Elisa E..., invitée à s'expliquer sur sa conduite, a dit elle-même : « J'avais bu quelque peu; car, je ne me souviens pas de la façon dont je suis descendue du train, ni de celle dont nous avons passé la nuit. » Cette absence ou cette confusion des souvenirs paraît bien se rattacher à l'action obnubilatrice de l'alcool absorbé à dose exagérée. Il est impossible à la femme E... de reconstituer toute la scène qui s'est déroulée à dater du moment où elle est sortie de chez elle, en compagnie de son enfant, auquel elle devait acheter des chaussures. Elle affirme qu'à l'heure où elle a quitté son logement, elle n'avait aucune intention de se suicider; elle éprouvait seulement un sentiment de découragement, de fatigue générale. « Nous nous sommes, dit-elle, promenés toute l'après-« midi, écoutant les chanteurs des rues et marchant jusqu'à la « nuit. *Georges m'a dit qu'il était malheureux à la maison et qu'il « préférait mourir que de vivre avec son père. Je le dissuadai « de mon mieux, mais voyant qu'il était résolu*, je lui dis, étant « moi-même malheureuse avec mon mari : « Eh bien! nous « mourrons ensemble! » Après avoir dîné chez Justinien, boule-« vard Beaumarchais, nous nous rendîmes chez un autre mar-« chand de vins plus proche de la place de la Bastille et j'écri-« vis à mon mari notre intention de nous suicider. Georges, *de « son propre mouvement*, écrivit aussi quelques lignes. Après « avoir acheté des billets pour Champigny une première fois, « je les rendis, puis j'en repris et nous allâmes à Champigny... « Puis, je ne me souviens plus exactement de ce qui s'est « passé. »

Nous avons tenu à entendre l'enfant, afin de nous assurer si son récit, au lendemain de la tentative de suicide, se reproduirait devant nous dans ses parties essentielles. Le jeune E... est un garçon de treize ans, régulièrement conformé, à la physionomie douce et intelligente. Il paraît avoir conservé un souvenir fort exact de l'événement. Il le raconte sans hésitation et sa version, conforme d'ailleurs avec ses premières réponses au commissariat de police, complète, mais rectifie celle de sa mère :

« Je suis sorti avec ma mère de chez nous, dimanche dans « l'après-midi, pour qu'on m'achète une paire de bottines avec

« 10 francs que mon père a donnés à ma mère dans ce but.
« Nous nous sommes promenés sur les boulevards ; elle se
« disait dégoûtée de la vie, étant trop malheureuse avec mon
« père ; puis, à la nuit, nous avons dîné au restaurant. Ma
« mère m'a *alors* parlé de prendre le train pour Champigny.
« Nous y sommes allés, et une fois descendus du train, nous
« nous sommes rendus vers la rivière. Je crois qu'il était à ce
« moment *huit heures du soir;* on était au mois d'octobre.
« Maman m'a dit que nous étions trop malheureux à la mai-
« son et qu'il valait mieux mourir en se jetant à la rivière.
« Mais elle n'a pas voulu le faire au milieu de la nuit. Nous
« nous sommes couchés dans l'herbe, au bord de l'eau et nous
« nous sommes endormis. Le lendemain matin, elle était tou-
« jours aussi exaltée et parlait toujours de mourir. Ma mère a
« voulu me renvoyer à Paris auprès de mon père et a pleuré en
« me suppliant de m'en aller. Je n'ai pas voulu la quitter. J'ai
« pleuré avec elle, lui assurant que je ne me séparerais pas
« d'elle et que nous nous jetterions ensemble dans la rivière.
« Alors, vers une heure de l'après-midi, nous nous sommes
« pris par la main et nous sommes entrés dans l'eau. Maman
« marchait la première, elle perdit bientôt pied... On est venu
« nous retirer au moment où l'eau m'arrivait jusqu'aux épaules:
« nous n'avions pas poussé un cri... Ma mère avait écrit, au
« restaurant où nous avions dîné, une lettre à mon père, pour
« lui annoncer ce que nous voulions faire. Je n'ai pas poussé
« maman à se tuer, mais je lui ai dit aussitôt que je ne l'a-
« bandonnerais pas et que je la suivrais partout où elle irait.
« Il arrivait quelquefois que ma mère buvait ; elle disait qu'elle
« buvait parce qu'elle était malheureuse et afin d'oublier. Elle
« se plaignait souvent de la tête et buvait pour s'étour-
« dir, etc., etc. »

Il est vraisemblable que la femme E... est sincère quand elle affirme ne pas se souvenir de ce qui s'est passé à dater du moment où, de la gare de Champigny, elle s'est dirigée vers la Marne. Est-elle aussi sincère lorsqu'elle attribue l'initiative du suicide au jeune Georges E...? Nous ne voudrions pas le prétendre. Il est remarquable que, dans la plupart des cas analogues, celui qui a été le promoteur du suicide, qui a joué le rôle actif dans sa préparation, n'accepte pas pour lui seul la responsabilité morale de l'événement. Il peut y avoir à cela une raison, et la bonne foi du véritable promoteur n'est pas toujours absente de pareilles allégations. Rien n'est plus aisé pour un père, une mère surtout, que d'obtenir d'un jeune garçon de l'âge de Georges E... l'acquiescement à un suicide. L'imagination de l'enfant, surexcitée par des paroles ou des récits que sa crédulité naturelle accepte sans contrôle, est bien vite montée au

niveau d'exaltation nécessaire pour que son consentement soit acquis. Il s'établit dès lors une collaboration active dans cette organisation du *suicide à deux* et il arrive très fréquemment que l'enfant, qui se surexcite à l'idée des résolutions présumées *viriles* dont il va donner la preuve, se montre impatient de ce dénouement dramatique. C'est cette ardeur qui se représentera plus tard à l'esprit du véritable instigateur du suicide, si le hasard veut qu'il survive, et lui permettra de dire sans qu'il lui semble dénaturer les faits, « *que c'est l'enfant qui a voulu le suicide.* »

En raison des habitudes d'intempérance attribuées à la femme E..., il était indiqué de rechercher, dès le premier abord, si elle présentait les signes de l'intoxication alcoolique. Notre examen a cet égard a été à peu près négatif. D'ailleurs, il nous a paru, d'après les renseignements fournis par l'inculpée elle-même et par son entourage, que l'entraînement à boire était paroxystique chez elle et correspondait aux périodes de découragement et de malaise général. Il s'agissait donc, en l'espèce, de légers accès de dipsomanie et, dès lors, l'absence des signes propres à l'intoxication alcoolique proprement dite trouverait son explication. Car, chez le dipsomane, l'absorption de l'alcool est en rapport étroit avec une crise morale d'une courte durée et ne détermine pas, le plus habituellement, les désordres de l'imprégnation éthylique prolongée.

A Saint-Lazare, la femme E... ne s'est fait remarquer par aucune extravagance d'actes ou de langage ; sa tenue n'a pas cessé un instant d'être convenable. Au début de notre observation, nous l'avons trouvée lucide, raisonnable, mais cependant quelque peu bouleversée. Peu à peu, l'équilibre mental s'est rétabli et aujourd'hui elle juge les choses froidement, demande l'indulgence pour ce qu'elle appelle elle-même « *son moment de folie* ». Elle nous explique qu'elle a conscience qu'une sorte d'apaisement s'est opéré en elle ; ses nerfs, dit-elle, se sont calmés. Elle n'a plus de récriminations contre son mari ; elle souhaite reprendre la vie commune où elle espère apporter un plus grand esprit de conciliation. Elle nous a remis une note dans laquelle elle expose, d'une manière fort claire, ses dispositions et ses intentions pour l'avenir. Revenant sur sa conduite du 6 au 7 octobre, elle répète, avec toutes les apparences de la sincérité, que ses souvenirs s'arrêtent au moment de sa descente du train à Champigny,... la nuit passée au bord de la rivière,... ses longues hésitations, dans la matinée du lendemain, l'entrée dans l'eau en compagnie de son fils..., le sauvetage, etc... tout cela est entrevu par sa mémoire comme à travers un brouillard épais. Elle reprend seulement possession d'elle-même à l'infirmerie du Dépôt.

La femme E... n'est pas une aliénée ; c'est une névropathe, dont la santé physique et morale est plus ou moins troublée par des céphalalgies opiniâtres, des douleurs ovariennes ou utérines, des accès de découragement au cours desquels elle subit un appétition maladive pour les boissons alcooliques, dont l'intervention, sur un pareil terrain, ajoute à la perturbation morale paroxystique.

Quand on étudie de près sa conduite, dans les journées du 6 et du 7 octobre, on constate que si celle-ci n'a pas été le produit du délire de la folie proprement dite, elle a cependant été sous la dépendance d'une crise d'exaltation maladive, de désarroi intellectuel et moral et d'obnubilation d'origine alcoolique, crise qui n'a laissé dans son esprit que des souvenirs fort confus. Dans de semblables conditions, il ne semble pas qu'elle ait pu apporter, dans l'accomplissement des actes qui lui sont reprochés, cette lucidité et cette volonté réfléchie que comporte la sanction pénale.

Au moment où elle a agi, c'était une malade régie par des impulsions morbides et non une personne consciente d'elle-même. Déjà, par leur nature, de semblables actes découlent d'un tel état de détresse morale et d'aberration mentale que l'indulgence se fait forcément très large, quand il s'agit de les apprécier. Et si, de plus, l'étude scientifique vient préciser les phénomènes d'ordre pathologique qui les ont précédés, accompagnés ou suivis, la responsabilité pénale disparaît.

Nous pensons donc, en conclusion, qu'il n'y a pas lieu de demander compte à la femme E... de la tentative d'homicide pour laquelle elle est poursuivie.

A Paris, le 7 décembre 1890.

Ces conclusions furent acceptées par le juge d'instruction et la femme Elisa E... bénéficia d'une ordonnance de non-lieu. Rendue à la liberté, elle a repris la vie commune avec son mari et, depuis ce moment, elle paraît s'être comportée raisonnablement.

Le fait que je vais rapporter maintenant a trait à un lamentable événement dont la presse s'est beaucoup occupée à l'époque.

II. — Nous soussigné, Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la préfecture de police, commis, le 24 octobre 1888, par M. Merle, juge d'instruction du tribunal de première instance du département de la Seine, en vertu d'une ordonnance ainsi conçue :

« Vu la procédure suivie contre la veuve Estelle B..., inculpée d'*homicide volontaire;* attendu la nécessité de procéder à l'examen de son état de santé et qu'il y a lieu de se demander si la veuve B... est en pleine possession de ses facultés intellectuelles ;

« Commettons M. le Dr Paul Garnier à l'effet d'examiner son état mental et de se prononcer sur le point de savoir si elle doit ou non être considérée comme responsable de ses actes. »

Après avoir prêté serment, pris connaissance du dossier, visité un très grand nombre de fois l'inculpée, que nous avons soumise, à la prison de Saint-Lazare, à une longue et minutieuse observation, et nous être entouré de tous les renseignements de nature à nous éclairer, avons consigné, en notre honneur et conscience, dans le présent rapport, les résultats de notre examen.

La veuve B... *est inculpée d'homicide volontaire* sur la personne de son fils âgé de dix ans, avec lequel elle a voulu se suicider. Dans la matinée du 15 octobre 1888, on la trouvait étendue sur son lit, ayant à ses côtés son jeune enfant. Tous deux étaient privés de connaissance. Non loin du lit, sur une table, était placé un réchaud éteint.

Une lettre d'une écriture enfantine, et qui fut reconnue pour être du petit garçon, donnait les mobiles du suicide et exposait, avec une navrante naïveté, que la mère et l'enfant réduits à la misère et rejetés par la famille qui, disaient-ils, se refusait à les secourir, avaient décidé de mourir ensemble.

On désespéra, d'abord, de les rappeler à la vie : leur transport presque immédiat à l'hôpital Saint-Louis, par le service des ambulances urbaines, fut effectué. Là, grâce aux soins qui leur furent prodigués, les deux asphyxiés reprirent connaissance. Mais, quelques heures plus tard, l'enfant retombait dans le coma et mourait, le même jour, à minuit. Le surlendemain, la veuve B... était considérée comme hors de danger. Elle fut en mesure de répondre au commissaire de police venu pour procéder à son interrogatoire.

L'intoxication par l'oxyde de carbone avait déterminé, entre autres effets, une paralysie du membre supérieur droit. Le 24 octobre, la malade était transférée de l'hôpital Saint-Louis à l'infirmerie de la maison de Saint-Lazare, où nous la vîmes quelques jours plus tard, aux fins d'examen de son état mental et de la détermination du degré de sa responsabilité pénale. Dans l'étude qui nous a été confiée nous avions à nous préoccuper de résoudre une double question : 1° préciser, autant que possible, la situation intellectuelle de la veuve B..., à l'époque de la préparation du double suicide; 2° établir dans quelle mesure ses fonctions cérébrales ont pu se ressentir de la longue période comateuse dans laquelle elle a été plongée et les conséquences, plus ou moins lointaines de l'intoxication oxycarbonée sur son intelligence.

Les renseignements fournis sur la veuve B... ne la montrent pas sous un jour des plus favorables. On relève dans son passé

deux condamnations pour vol : la première en 1867, la seconde en 1873. Enfin, la plupart des personnes qui l'ont connue la représentent comme une femme indolente, apathique, intempérante, d'un caractère susceptible, ombrageux et irritable.

La veuve B... appartient à une famille d'ouvriers, on ne signale pas de tare héréditaire. Née à Chartres, en 1847, elle eut une enfance maladive. D'aptitudes médiocres, elle apprit peu de choses pendant les quelques années passées à l'école. A l'époque de la puberté, elle eut une chloro-anémie pour laquelle elle resta plusieurs mois à l'hôpital. Peu après, elle fut atteinte de rhumatisme articulaire aigu, avec des complications cardiaques dont, aujourd'hui encore, on retrouve quelques traces. La menstruation ne s'établit que difficilement, et vers l'âge de dix-huit ans seulement.

Après avoir été occupée comme domestique dans plusieurs maisons, soit à Chartres, soit à Epernon, elle vient à Paris avec l'espoir de gagner davantage, mais elle change de maîtres très fréquemment ; elle manque de courage et d'énergie. A vingt ans, elle fait la connaissance d'un jeune homme qui la rend mère. Son enfant ne vécut pas et elle paraît avoir été très affectée de sa mort. Elle va toujours de place en place et ne se fixe nulle part. A l'âge de vingt-quatre ans elle se marie avec un garçon de café. Cette union dont est né le jeune Emile, mort asphyxié le 15 octobre dernier, semble avoir été assez heureuse. Le mari, actif, laborieux, gagnait largement de quoi suffire aux besoins du ménage, et tout paraissait marcher pour le mieux, lorsque B... fut enlevé, en quelques heures, par un tétanos traumatique. La femme B..., qui était à peine convalescente d'une fièvre typhoïde, à ce moment, fut douloureusement éprouvée par cette mort. A dater de ce moment, ses dispositions naturelles qui s'orientaient déjà vers la tristesse, la névrosité et le découragement, s'accentuèrent d'une manière manifeste. Bien qu'il résulte de beaucoup de témoignages que sa famille n'a pas refusé de lui venir en aide dans sa situation pénible, elle récriminait sans cesse contre les procédés dont on usait à son égard. D'humeur aigrie et chagrine, de caractère inquiet, exigeant et méfiant, tout à la fois, elle décourage les meilleures intentions par son attitude singulière, la mobilité de ses décisions et l'espèce de jalousie maternelle qu'elle montre vis-à-vis de ceux qui s'occupent de son enfant. On remarquait, aussi, qu'elle usait immodérément des boissons alcooliques.

Assez habile dans son métier de cuisinière, elle aurait pu gagner suffisamment pour réaliser quelques économies ; mais ne séjournant que très peu dans chaque maison où elle servait, n'ayant point, à ce qu'il paraît, d'esprit d'ordre, elle était le plus souvent à court d'argent.

Avec les difficultés de l'existence, son esprit s'assombrit de plus en plus et l'action pernicieuse de l'alcool, pris en excès, a dû jouer un rôle dans cette modification de sa personnalité morale. Elle se persuade que ses parents, ses voisins eux-mêmes, lui sont hostiles et elle tend à verser dans une mélancolie qui devait avoir le suicide pour aboutissant. Le 10 octobre, c'est-à-dire cinq jours seulement avant sa tentative de suicide, elle alla redemander son enfant à sa sœur qui le gardait et ne souhaitait que de le conserver. Celle-ci est venue dire à l'instruction : « Ma sœur était jalouse de l'affection que j'avais pour son fils ; c'est pour cela, je crois, qu'elle me l'a enlevé. »

La plupart des témoins s'accordent à déclarer que la veuve B... adorait son enfant. Il n'est pas impossible d'expliquer par une sorte d'égoïsme maternel, doublé d'une jalousie inquiète, le fait de retirer son enfant des mains de sa sœur. En ramenant le jeune Emile à la maison, la mère se lamente, récrimine amèrement contre les siens. Le terme de location de son logement est proche et elle n'a pas d'argent pour le payer. Elle répète à plusieurs reprises que la mort serait préférable à tant de maux. L'enfant, impressionné par les récriminations et les plaintes qu'il entend, s'y associe bientôt. Entre eux deux s'établit une entente pour un dénouement tragique. Quand la mère parle d'en finir, le jeune Emile répond qu'il est prêt à mourir avec sa mère, dont il accepte toutes les allégations avec cette crédulité enfantine qui supprime tout contrôle et rend l'adhésion si facile. On décide alors d'acheter du charbon et de s'asphyxier.

On est au 15 octobre, jour du terme, le loyer est minime, mais l'argent fait défaut pour le payer. C'est ce moment-là qu'ils choisissent pour mettre à exécution leur projet. Comme la veuve B... rentre avec un paquet contenant le charbon, une voisine la rencontre et lui dit : « Ah ! vous apportez du fricot ! » « Singulier fricot ! » répondit-elle, en poursuivant son chemin. La résolution de mourir est bien arrêtée, mais avant, on veut faire un bon dîner qu'on partage avec une voisine qui, à son tour, offre le café. On va chez elle et rien ne transpire du projet formé. La mère et l'enfant rentrent ensuite dans leur chambre et allument le réchaud.

Lorsque nous voyons pour la première fois, à Saint-Lazare, la veuve B..., quinze jours se sont déjà écoulés depuis l'événement. Elle n'en conserve pas moins encore des signes manifestes d'une altération de la santé psychique et intellectuelle.

C'est une femme de taille moyenne, aux allures craintives, à la physionomie morne et attristée. Les traits ne sont pas absolument vulgaires, la face est régulière, les traits sont fatigués

et décolorés ou plutôt *plombés*. Ce qui frappe le plus en elle, c'est l'immobilité de la figure qui est comme figée. Le regard est fixe, étrange. Tout en elle traduit une sorte de torpeur morale et physique. Les mouvements sont lents à se faire. Aux questions les plus simples, l'inculpée répond par un aveu d'impuissance de la faculté du souvenir : « Je ne sais plus, je n'ai plus de mémoire, il me semble que ma tête est vide et que *je n'ai plus de pensée*, je ne songe à rien. » Et de fait, à l'examiner, à la considérer dans sa manière d'être, elle produit l'impression d'un corps sans idée directrice, d'un organisme en plein désarroi. Il existe encore un certain degré de parésie du bras droit. La sensibilité est très émoussée sur toute la surface cutanée, la sensibilité thermique a complètement disparu. Les pupilles sont égales et normalement dilatées.

Le pouls est inégal et irrégulier. L'auscultation du cœur nous fait découvrir un bruit de souffle à la pointe et au premier temps, affection cardiaque, antérieure du reste à l'empoisonnement oxycarboné et qui semble remonter à l'époque où le malade eut un accès de rhumatisme articulaire aigu.

Il existe un peu de tremblement des extrémités. Les nuits sont mauvaises, troublées par des cauchemars (bêtes à cornes qui la poursuivent, chute dans des précipices, visions de cadavres, défilés funèbres, etc.).

La veuve B... s'alimente assez bien et malgré sa tristesse, ses propos découragés, elle n'a rien tenté, dans les premières semaines, à Saint-Lazare pour s'ôter la vie. Elle n'a pas cessé de se montrer douce, polie, elle accepte sa situation assez passivement.

Mais lorsqu'on l'interroge sur les motifs qui l'ont poussée à l'acte de désespoir du 15 octobre, elle s'émeut et pleure. « J'ai « toujours été malheureuse, nous dit-elle, je n'ai jamais été « regardée dans ma famille. Depuis la mort de mon pauvre « mari, je n'ai eu que des ennuis. Je restais avec un enfant « sur les bras, obligée que j'étais de travailler pour vivre, per« sonne ne m'est venu en aide. Les parents de mon mari ne « voulaient pas me voir et prétendaient que mon enfant avait « le sang pourri. On nous recevait toujours très mal, nous fai« sant sentir que nous gênions. Le découragement s'est emparé « de moi et l'idée de me voir ainsi rebutée par ceux qui auraient « dû me soutenir, m'enlevait le goût du travail. Je quittais « souvent mes places par coup de tête. Ah! monsieur, c'est « bien malheureux que je ne sois pas morte avec mon pauvre « petit! Si je pouvais aller le retrouver, je serais bien heureuse! « C'est bien sûr qu'il a demandé à mourir avec moi. Je lui ai « dit : Tu vois, mon pauvre Emile, nous sommes rejetés de « partout, il vaudrait mieux en finir; veux-tu que nous nous

« fassions mourir avec du charbon? — Il m'a répondu : Je « veux bien, maman.

« C'était quatre ou cinq jours avant d'essayer, que nous « disions cela. Puis on en a reparlé presque à chaque instant. « Le petit me disait : Quand les méchants parents verront « nos deux cercueils à la porte de la maison, ils seront bien « contents!

« Je lui avais acheté un petit bonnet blanc tout ruché, pour « qu'il fut plus joli, mort. Il l'avait essayé et avait passé en « même temps, à son cou, un chapelet que j'avais aussi acheté « pour la circonstance. Il se regardait et me disait : Maman, « je serai très bien, je t'assure! Le soir du 15 octobre, nous « avons décidé que ce serait pour la nuit. Mon petit Emile « me dit alors : Avant de mourir, il faut faire un bon dîner. « Nous avons partagé notre dîner avec notre voisine, qui « nous a ensuite invités à prendre le café chez elle : nous y « sommes allés et après avoir bu le café, nous sommes remon- « tés dans notre chambre. Nous avons calculé qu'il était encore « trop tôt pour allumer le réchaud, car le locataire voisin, qui « n'était pas encore rentré, aurait pu s'apercevoir de quelque « chose. Nous nous sommes mis sur le lit, sans nous désha- « biller et nous nous sommes endormis. C'est mon garçon qui « s'est réveillé le premier. *Il m'a tirée de mon sommeil en me « disant : Maman, dépêchons-nous vite, il est temps.* Il voulait « lui-même allumer le feu, mais c'est moi qui m'en suis occupée. « Il a placé en évidence les deux lettres qu'il avait écrites dans « la journée et où nous annonçions pourquoi nous nous fai- « sions mourir, avec recommandation à la concierge de prendre « ce qui nous restait de mobilier pour se payer de son loyer et « en la priant, aussi, d'acheter une couronne avec quelques « francs contenus dans un porte-monnaie. Puis, nous nous « sommes replacés sur le lit, l'enfant me disait toujours : Va! « nous serons bien plus heureux. Il était environ deux heures « du matin. Puis... je ne me souviens plus... On m'a dit que « nous avions été trouvés mourants dans la matinée et qu'on « nous avait transportés à l'hôpital Saint-Louis.

« Le lendemain, je suis revenue à moi : je ne savais où j'étais. « J'ai demandé des nouvelles de mon enfant et ce n'est qu'au « bout de plusieurs jours qu'on m'a appris sa mort. Quel mal- « heur de n'être pas partis ensemble! Si vous pouviez me « donner quelque chose pour me faire mourir! » Cette dernière phrase, l'inculpée nous la répète à chacune de nos visites, sur le même ton attristé et découragé, et les larmes aux yeux.

Au début de notre observation, la veuve B... se trouvait encore, d'une façon très manifeste, sous l'influence de l'empoisonnement oxycarboné : la mémoire était confuse et il y avait comme un

état de torpeur intellectuelle. A nos visites ultérieures, ces phénomènes d'intoxication à retentissement cérébral, cette espèce d'anéantissement moral avec absence d'idéation, n'avaient pas disparu complètement, mais s'étaient sensiblement atténués. En raison même de cet affranchissement progressif de la sphère intellectuelle à l'égard du poison, nous avons tenu à prolonger notre examen.

Aujourd'hui, les effets de cette intoxication sont à peu près dissipés; la paralysie du bras droit a cessé dès les premiers jours et l'on peut supposer que l'état mental de la veuve B... est, actuellement, moins sous la dépendance de cet empoisonnement que d'une lésion des facultés morales et affectives, antérieure à l'action de l'oxyde de carbone. Ce qu'on a dit au sujet des habitudes d'intempérance de la veuve B... était de nature à appeler notre attention vers la recherche des manifestations ordinaires de l'alcoolisme. L'inculpée nie d'abord toute habitude de ce genre; mais, à un autre moment, elle avoue qu'elle absorbait du cognac tous les matins. Avant sa tentative de suicide, elle avait des cauchemars, des réveils subits accompagnés de terreur que l'on est accoutumé de voir chez ceux qui abusent des boissons spiritueuses. Parfois même elle a eu de véritables illusions ou hallucinations nocturnes; il lui semblait apercevoir des ombres, des fantômes. Elle ne présente qu'un peu de tremblement des mains et de la langue. Son sommeil est maintenant assez calme. L'alimentation se fait assez régulièrement.

Est-ce sous l'empire du délire que la veuve B... a été poussée à l'acte qui a eu pour conséquence la mort de son enfant, *homicide* dont il lui est aujourd'hui demandé compte? Aucune des personnes qui se sont trouvées en contact avec elle n'est venue dire qu'elle se comportait comme une femme privée de raison. On a pu la trouver singulière, exaltée à de certains moments, on n'a point cité d'elle soit des propos incohérents, soit des actions extravagantes.

D'une intelligence au-dessous de la moyenne, la veuve B... n'a pu affronter les difficultés de la vie, en subir les épreuves sans faiblir sous le choc. Naturellement sombre et morne, ses dispositions natives se sont exagérées, à la fois sous l'influence d'habitudes pernicieuses et sous l'action de l'adversité. Incapable de réagir efficacement contre les duretés du sort, elle a versé peu à peu dans une mélancolie qui devait vicier son jugement, susciter des interprétations imaginaires. Elle ne voit autour d'elle que des dispositions malveillantes ou haineuses. « Tout le monde de la maison, nous disait-elle un jour, « était jaloux de moi et l'on ne savait quelles méchancetés me « faire, parce que je tenais propre mon enfant; on m'appelait « *saint Pierre*, pour se moquer de moi, à cause d'un fort trous-

« seau de clefs que je portais toujours. Il y avait une nommée « Marie qui m'injuriait grossièrement, c'est une méchante « qui voulait me faire battre. »

On le voit, ses appréciations erronées lui font par moments côtoyer le délire des persécutions.

Pendant la longue observation à laquelle nous avons soumis la veuve B..., nous l'avons constamment trouvée dans une sorte de prostration morale, ne laissant se révéler qu'un sentiment, qu'un désir : toujours elle a montré le même découragement, la même aspiration vers la mort. S'il est vrai que, présentement, son désespoir s'explique par le sort lamentable de son enfant, s'il est vrai que sa tendance vers le suicide se motiva en quelque sorte par le sombre remords qui la poursuit, il est à remarquer, toutefois, que son état de désarroi moral actuel n'est que la continuation de dispositions maladives qui l'ont poussée à un acte qu'on ne saurait expliquer autrement que par l'existence d'une exaltation douloureuse, prenant son origine dans les idées mélancoliques et une véritable perversion des facultés affectives.

Il n'est pas rare que l'expert, que le médecin, familiarisé avec les données de la clinique mentale, ait à relever parmi les entraînements du délire, des homicides accomplis dans le seul but de faire échapper une personne chère à une destinée qu'un esprit en pleine déviation entrevoit sous les plus sombres couleurs. Ici, c'est une mère qui sacrifie ses enfants, là c'est un mari qui frappe mortellement une épouse dont, dans son inquiète affection, il veut prévenir l'effroyable martyre. Nous avons connu une malheureuse insensée qui, dans l'impossibilité où elle était de donner la mort à tous ses enfants réunis, avait choisi pour l'immoler celui qui était l'objet de toutes ses prédilections.

Ce qui est, au premier abord, de nature à surprendre dans le récit de la femme B..., c'est la participation active et l'absolue décision qu'elle attribue au jeune Emile, dans les préparatifs du suicide à deux. Il n'y a pas là motif à vive surprise pour celui qui a été à même de constater avec quelle facilité et avec quelle rapidité une personne, dominée par des conceptions délirantes, réussit à les inculquer à l'enfant qui se trouve en contact prolongé avec elle, et avec quelle ardeur de néophyte cet enfant est ensuite prêt à réagir sous l'incitation de croyances erronées, que sa puérile crédulité accepte sans résistance. Il n'est pas nécessaire de supposer une grande insistance de la part de la veuve B... auprès de son enfant, pour l'amener à s'unir à sa mère dans la mort. La sensibilité à cet âge s'exalte aisément en présence de dramatiques récits, où l'imagination s'avive sans que la raison soit encore assez forte pour en redresser les erreurs.

Rien ne s'oppose donc à ce qu'on admette cette étrange complicité, entre la mère et l'enfant, pour l'organisation et l'exécution du suicide. Les deux lettres écrites par le jeune Emile démontrent, d'ailleurs aussi clairement que possible, cette entente pour une mort commune, entre cette mère désespérée et cet enfant, entraîné dans ce même courant d'idées mélancoliques et exaltées.

Vis-à-vis de la loi, la veuve B... n'en serait pas moins responsable d'avoir ôté la vie à son enfant, incapable de se décider par lui-même, s'il était établi que, au temps de l'action, elle jouissait de la plénitude de ses facultés mentales. Les longs détails dans lesquels nous sommes entré, nous autorisent à dire que, le 15 octobre, l'inculpée était bien réellement sous l'empire d'un trouble mental, qui ne lui laissait pas l'entière liberté de ses déterminations. Atteinte de dépression mélancolique, livrée à des interprétations imaginaires qui, toutes, convergeaient vers la tristesse, l'angoisse et des craintes morbides, acculée par le besoin, réduite aux abois, elle a cédé, sous la pression de sa détresse morale, aux sollicitations du désespoir.

Maladivement convaincue que son enfant n'avait rien à attendre des autres et que sa destinée le vouait aux avanies et à la souffrance, elle a voulu, dans son exaltation douloureuse, l'associer à un trépas où elle voyait pour lui, ainsi que pour elle, une délivrance. Aujourd'hui, comme alors, c'est une désespérée qui subit l'étreinte d'une mélancolie profonde et se reconnaît incapable de remonter le courant de ses idées tristes. Récemment, elle s'est chargée de prouver, par de nouvelles tentatives de suicide, à la maison de Saint-Lazare, que sa résolution d'en finir avec la vie est toujours aussi arrêtée. Sur la fin de notre observation, son humeur s'est beaucoup assombrie encore. On ne peut guère obtenir d'elle d'autres paroles que celle-ci : « J'entends mon pauvre petit qui m'appelle et me crie de venir le rejoindre! »

La veuve B... n'accepte ni d'être encouragée, ni d'être conseillée ; l'idée fixe du suicide parle plus haut que tous les avis, que tous les appels à la raison. On n'est plus là, en présence d'une exaltation passionnelle, sur laquelle le raisonnement pourrait avoir prise, mais bien d'un état maladif qui vicie les dispositions morales et réclame des soins spéciaux autant qu'une surveillance assidue.

Dans de telles conditions, il ne peut être question de demander compte de ses actes à cette désespérée, poussée au suicide par des idées mélancoliques très pressantes et par une sorte d'hallucination psychique qui lui persuade que son enfant l'appelle et lui demande de s'unir à lui dans la mort.

Il est juste et humain de voir en elle une irresponsable,

une malade qu'il convient de traiter et non de punir. — Paris, 12 février 1889.

Une ordonnance de non-lieu fut rendue sur les conclusions de ce rapport et la veuve B..., mise à la disposition de l'autorité administrative, fut dirigée sur l'asile Sainte-Anne. Trois mois plus tard, elle y mourait dans le marasme mélancolique.

Pour ne pas retenir trop longtemps votre attention, je me bornerai à la relation de ces deux observations médico-légales, qui mettent bien en lumière le fait de la facile et étrange participation de l'enfant au suicide collectif, et de sa coopération délibérée et active.

Lorsque le magistrat entend un père, une mère, ayant survécu à une tentative de suicide où leur enfant a trouvé la mort, déclarer que cet enfant s'est associé pleinement à cet acte, sans subir de véritable contrainte, il est naturellement disposé à un certain scepticisme. Les exemples que je viens de citer établissent cependant que rien n'est plus aisé que d'obtenir d'un jeune être, dont la sensibilité s'exalte à des récits que sa crédulité accepte et grossit encore, son adhésion à des résolutions dramatiques dont il ne connaît d'ailleurs qu'incomplètement la portée, mais où il sent vaguement, qu'à les prendre et à les exécuter, il joue un rôle qui le *grandit* à ses propres yeux.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 24 NOVEMBRE 1890.

Présidence de M. BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. le professeur Ball, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

La correspondance imprimée comprend :

Le numéro de novembre de la *Revue de l'hypnotisme.*

M. LE PRÉSIDENT nomme une commission composée de MM. Ball, Falret et Gilbert Ballet, rapporteur, chargée de présenter un rapport sur la candidature au titre de membre titulaire de M. Joffroy, professeur agrégé de la Faculté, médecin de la Salpêtrière, qui a envoyé sa demande dans une précédente séance.

M. PAUL GARNIER présente la thèse inaugurale de M. le Dr Lwoff, ancien interne des asiles de la Seine. Ce travail intitulé : *Etude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau*, mérite d'attirer l'attention de la Société. On sait combien est grande, en bien des cas, la difficulté du diagnostic clinique entre une lésion diffuse, comme la paralysie générale et les lésions circonscrites dues à des tumeurs, à un ramollissement, à une hémorragie du cerveau. L'auteur a non seulement méthodiquement groupé tous les signes de nature à conduire au diagnostic vrai, mais il a encore signalé dans son importante étude un caractère sur lequel il paraît être le premier à avoir attirer l'attention, il l'appelle l'*hémi-tremblement des lèvres*. Ce phénomène se produirait dans les lésions circonscrites quand les muscles du domaine du facial inférieur ont participé à l'hémiplégie et qu'au bout d'un certain temps il s'est produit une contracture du côté paralysé de la face. Cette contracture n'étant point prononcée, ou à l'état latent, peut ne pas se manifester par une déviation du côté paralysé et provoquer un tremblement de ce côté, à l'occasion des mouvements volontaires, la parole, par exemple. Dans la paralysie générale, le tremblement n'est pas localisé d'un côté et l'orbiculaire des lèvres y participe tout entier.

Rapports de candidature.

M. J. SÉGLAS. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez nommé une commission composée de MM. Auguste Voisin, Ballet et Séglas, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres de M. Huet, qui demande à faire partie de la Société médico-psychologique en qualité de membre correspondant.

Parmi les publications présentées par M. Huet à l'appui de sa candidature, quelques-unes se rapportent

à l'aliénation mentale, d'autres s'adressent plus spécialement à des sujets de neuropathologie ou à des sujets de pathologie médicale ordinaire.

A l'autopsie d'une malade morte à la Pitié, dans le service de M. Dumontpallier (*Communication à la Société anatomique*, 12 mars 1881), MM. Huet et Malécot ont trouvé une lame de verre enkystée entre le péricarde et la face postérieure du cœur. Cette malade, âgée de soixante-deux ans, était alcoolique; elle avait été enfermée, paraît-il, à plusieurs reprises dans un asile d'aliénés. Quoique des renseignements précis sur les antécédents de cette malade n'aient pu être recueillis, il est vraisemblable que cette lame de verre avait été avalée pendant un accès de délire antérieur, probablement dans un but de suicide et à une époque déjà éloignée. Cette lame de verre, en effet, effilée à une de ses extrémités, rectangulaire à l'autre, longue de 4 centimètres et large de 7 millimètres, était contenue en totalité dans la cavité péricardique; elle était fixée entre le feuillet pariétal et le feuillet viscéral, par des adhérences fibreuses, anciennes et très résistantes, qui l'enkystaient et la séparaient complètement du reste de la cavité péricardique restée libre et indemne d'autres adhérences. En raison de sa situation et de la direction de sa pointe, elle avait dû pénétrer dans le péricarde en perforant la paroi œsophagienne, puis le feuillet fibreux du péricarde, et glisser le long de la face postérieure des ventricules sans en blesser la paroi. L'enkystement de ce corps étranger par un travail inflammatoire localisé, puisqu'il n'existait pas de traces de péricardite ailleurs qu'autour de cette lame de verre, explique sans doute comment elle pût être tolérée si longtemps sans produire de troubles appréciables dans le fonctionnement de l'organe central de la circulation.

Dans un Mémoire sur une forme hémiplégique de la paralysie atrophique de l'enfance (*Archives de physiologie normale et pathologique*, 1888, p. 375 à 388), M. Huet, en collaboration avec M. Déjerine, rapporte l'observation d'une paralysie infantile d'origine spéciale, qui s'étendait aux deux membres du même côté du corps, présentait la forme hémiplégique, et ressemblait ainsi au premier abord à une hémiplégie infantile

d'origine cérébrale. Le diagnostic porté pendant la vie du malade fut vérifié à l'autopsie et, dans un examen macroscopique et microscopique complet; les auteurs ont précisé la nature et le siège des lésions. Pour ne parler que des altérations du système nerveux central, les lésions étaient localisées à un seul côté de la substance grise médullaire et elles occupaient la corne antérieure dans toute la hauteur de la moelle. Le cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe étaient indemnes de toute altération.

C'est là un diagnostic que les médecins aliénistes peuvent avoir à faire, principalement dans les services d'enfants, où les hémiplégiques infantiles par lésions encéphaliques se rencontrent en assez grand nombre; aussi rappellerons-nous les éléments sur lesquels les auteurs ont basé leur diagnostic : « Dans le cas actuel, disent-ils, le diagnostic d'hémiparalysie atrophique de l'enfance a été porté en se basant surtout sur la flaccidité de l'hémiplégie et sur la localisation de l'atrophie. L'intégrité de la face ne pouvait entrer en ligne de compte, car elle peut se rencontrer dans l'hémiplégie infantile par lésions encéphaliques (atrophie cérébrale, polioencéphalite aiguë de l'enfance, etc.). Dans cette dernière affection, quelle que soit la forme clinique de l'hémiplégie, qu'il y ait ou non athétose, tremblement, etc., le côté paralysé est toujours plus ou moins contracturé, et les réflexes tendineux exagérés. C'est là un élément de diagnostic de première importance, auquel il faut ajouter les caractères de l'atrophie, qui existe d'une façon massive, pourrait-on dire, dans toute la longueur des membres et la moitié correspondante du tronc. Lorsque la face est intacte, on distinguera toujours l'hémiplégie infantile par lésion cérébrale de l'hémiparalysie infantile par téphro-myélite unilatérale, de par les caractères précédents. Dans la paralysie atrophique de l'enfance, la paralysie est toujours flasque, les réflexes tendineux abolis ou diminués, l'atrophie prédominante dans tel ou tel groupe musculaire. Les autres symptômes, raccourcissement par arrêt de développement des membres et d'un côté du tronc, déviation du rachis, peuvent être les mêmes dans les deux affections. »

M. Huet a encore publié dans le *Progrès médical* (année 1886, pages 345 et 393) l'observation d'une malade hystérique du service de M. Legrand du Saulle. L'intérêt de cette observation porte sur plusieurs points : d'une part la forme des attaques pouvant faire croire à des attaques d'épilepsie, et d'autre part le développement d'une coxalgie hystéro-traumatique à la suite d'une contusion de la hanche pendant une de ces attaques. La ressemblance avec l'épilepsie, dans ce cas, était d'autant plus grande qu'en outre des grandes attaques convulsives simulant le grand mal épileptique, la malade avait aussi des vertiges simulant le petit mal. Mais diverses particularités permettaient cependant dès cette époque de faire le diagnostic d'hystérie ; telle était l'existence d'une aura spéciale, l'absence de morsure de la langue, l'absence de miction involontaire, le retour rapide de la conscience après l'attaque, l'habitus extérieur de la malade. Plus tard, l'apparition de stigmates hystériques : hémianesthésie sensitivo-sensorielle, rétrécissement du champ visuel ; le développement d'autres phénomènes hystériques, coxalgie, rétention d'urine, oligurie, vinrent confirmer le diagnostic.

Une autre communication de M. Huet à la Société anatomique (décembre 1887), qui a été l'objet d'un mémoire avec M. Déjerine dans la *Revue de médecine* (tome VIII, 1888) sur « l'Aortite oblitérante », présente aussi pour nous de l'intérêt en raison des conditions dans lesquelles se faisait la circulation encéphalique.

En effet, le tronc artériel brachio-encéphalique et la carotide primitive gauche ayant été oblitérés par l'athérome de l'aorte, le malade se trouvait dans les mêmes conditions que si on avait pratiqué la ligature de la sous-clavière droite à son origine et des deux artères carotides primitives.

La circulation encéphalique était donc assurée exclusivement par la sous-clavière gauche et se faisait uniquement par une seule vertébrale. Ce malade, atteint en outre d'insuffisance aortique, avait de fréquents accès d'angine de poitrine, et est mort subitement dans une syncope.

Dans la relation de l'autopsie d'une malade atteinte d'hémiplégie avec hémianesthésie sensitive et sensorielle, simulant l'hémianesthésie des hystériques (Charcot, *Leçons du mardi*, 1887-1888. *Appendice*), M. Huet décrit avec soin les lésions produites par un foyer d'hémorrhagie cérébrale, qui avait détruit la capsule interne dans sa partie motrice et dans sa partie sensitive. Ces lésions confirmaient de tous points le diagnostic porté pendant la vie.

Enfin, je me contenterai de vous citer le titre de quelques autres travaux de M. Huet :

C'est d'abord une communication avec M. Féré, à la *Société de Biologie* (16 octobre 1885), su r« une anomalie du pavillon de l'oreille portant sur la racine de l'hélix » — Un mémoire sur « cinq cas de maladie de Friedreich » en collaboration avec MM. Gilles de la Tourette et Blocq (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, nos 2 et 3, 1888) — et, enfin, un mémoire « sur les bâillements hystériques », en collaboration avec MM. Gilles de la Tourette et Guinon (*Nouvelle Iconographie*, n° 3, 1890).

En terminant je vous rappellerai seulement en quelques mots le sujet de la thèse de M. Huet. Cette thèse, en effet, a déjà été analysée devant vous par la commission pour le prix Moreau de Tours (*Séance du* 28 *avril* 1890, *M. Dupain, rapporteur*), et la Société lui a décerné une mention honorable. Cette étude *Sur la chorée chronique* a de nombreux points de contact avec les sujets du ressort ordinaire de notre Société. Le rôle de l'hérédité, en particulier, y a été examiné avec le plus grand soin, et établi à l'aide de nombreux et remarquables tableaux généalogiques, soit annexés aux observations personnelles de l'auteur, soit empruntés aux observations publiées antérieurement.

En outre, comme la chorée chronique s'accompagne parfois de troubles divers des facultés intellectuelles, et aboutit le plus souvent à un état de démence plus ou moins prononcé, il n'est pas rare de voir les malades admis dans des services d'aliénés, et plusieurs des observations rapportées dans cette thèse ont pour objet des malades placés dans ces conditions. Là les choréiques chroniques sont susceptibles d'être confondus avec

des malades divers, tels que : paralytiques généraux, malades atteints de la maladie des tics, et surtout athétosiques doubles ; aussi, M. Huet a-t-il insisté avec juste raison sur ce point dans la partie de son étude consacrée au diagnostic différentiel, et expose avec soin les caractères qui permettent d'éviter cette confusion.

Cette analyse rapide nous montre que M. Huet a su profiter de son passage comme interne des hôpitaux, à Bicêtre et à la Salpêtrière, dans les services de Legrand du Saulle et de MM. Aug. Voisin, Déjerine et Charcot. Ses études spéciales en neuropathologie et en psychiatrie nous le désignent comme pouvant être un collaborateur actif aux travaux de la Société. Aussi votre commission est-elle unanime pour vous demander d'accorder à M. Huet le titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique qu'il sollicite aujourd'hui.

Conformément à ces conclusions, M. Huet est, à la majorité, nommé membre correspondant.

M. Legrain. — Messieurs, vous avez nommé une commission chargée d'examiner la candidature de M. le Dr Dubuisson, médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares, à Rouen, au titre de membre correspondant de notre Société. Cette commission, composée de MM. Briand, Saury et Legrain, m'a nommé son rapporteur. Mon rapport sera bref, car je n'ai pas besoin de vous présenter un confrère que vous avez personnellement connu et apprécié, il y a quelques mois, au Congrès de Rouen, où il a su se mettre en relief par d'intéressantes communications. J'appellerai un instant votre attention sur ces dernières pour vous les remettre en mémoire.

La première résume les recherches de l'auteur sur la fréquence de la paralysie générale, et sa pensée sur l'étiologie de cette affection. M. Dubuisson croit que la paralysie générale a augmenté de fréquence; pour lui, cet accroissement marche de pair avec l'alcoolisme ; il y aurait entre ces deux facteurs un rapport de cause à effet.

Sur 1,600 paralytiques, la syphilis n'a existé que 50 fois ; ce résultat statistique semble devoir faire rejeter l'idée que la syphilis est une des premières causes, sinon la cause exclusive, de la paralysie générale. L'alcoolisme d'abord, puis le surmenage, puis la syphilis

et enfin le traumatisme ; telle serait la liste par ordre d'importance décroissante des facteurs étiologiques de cette maladie.

La seconde communication de M. Dubuisson roule sur la folie traumatique, dont il a pu observer un assez grand nombre de cas. Pour qu'une folie puisse être dénommée traumatique, il lui paraît indispensable que des symptômes cérébraux se soient produits au moment de l'accident, et que dans l'espace de temps qui sépare le traumatisme de l'aliénation, il y ait eu des troubles dans l'état mental du malade, ou des troubles nerveux dont la cause soit évidemment centrale : céphalalgie, troubles de la sensibilité générale et spéciale, troubles de la motilité. La paralysie générale et la manie seraient les formes d'aliénation les plus fréquentes à la suite des traumatismes. Pour l'auteur, les descendants d'un malade atteint de folie traumatique peuvent présenter une tare nerveuse.

La troisième communication est relative à un cas de parencéphalie. Presque tout l'hémisphère gauche est remplacé par un infundibulum, dont le fond est formé par le ventricule latéral et les corps opto-striés. L'hémisphère droit est légèrement atrophié. La sylvienne n'est plus qu'un tronçon dont les branches se rendent aux bords de la fente sylvienne.

Le bagage scientifique de notre confrère comprend encore, en ce qui regarde notre spécialité : 1° une observation de manie héréditaire avec impulsions homicides, parue dans les *Annales* en mai 1888. Cette observation intéressante a donné lieu à de judicieuses réflexions sur la séquestration des aliénés dangereux. — 2° Deux rapports médicaux sur l'asile de Quatre-Mares (1888 et 1889), en collaboration avec M. le Dr Delaporte. Une pareille collaboration, soit dit en passant, mériterait de se généraliser. Elle permettrait aux médecins adjoints de s'intéresser à la gestion des asiles, de jouer un rôle moins effacé et plus utile que ceux qu'on leur fait jouer souvent dans certains asiles ; ils s'acquerraient en outre des titres en signant des travaux dont la confection leur est souvent partiellement confiée, comme à de simples secrétaires.

Je mentionnerai rapidement deux travaux de M. Du-

buisson qui n'ont aucun rapport avec la spécialité : d'abord sa thèse inaugurale sur les altérations du premier métatarsien, puis une note sur l'anurie calculeuse parue en 1888 dans la *Gazette des hôpitaux*.

Cette énumération suffit pour vous démontrer, messieurs, que les titres de M. Dubuisson sont nombreux et sérieux.

Un coup d'œil jeté sur sa carrière complètera les renseignements que nous avons recueillis à l'appui de sa candidature. M. Dubuisson fait partie des asiles depuis douze années déjà. D'abord interne à Saint-Yon en 1878, il remplit en 1879 les fonctions d'adjoint intérimaire à l'asile de Quatre-Mares, sous la direction de Foville. En 1880, il est nommé adjoint à l'asile de Mayenne. La même année, il accepte le poste de médecin en chef à l'asile de Leyme. Enfin, en 1888, il revient à Quatre-Mares en qualité d'adjoint.

Cette carrière peut vous faire pressentir la valeur de l'expérience professionnelle de M. Dubuisson. D'autre part, ses travaux scientifiques vous ont montré combien sa collaboration pourrait être fructueuse, s'il voulait parfois nous gratifier de quelque travail original. Messieurs, votre commission a été unanime à soutenir la candidature de M. Dubuisson et à la présenter à vos suffrages.

Conformément à ces conclusions, M. Dubuisson est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant.

Les intoxications et la paralysie générale (suite).

M. AUGUSTE VOISIN. — Mon excellent collègue, M. Charpentier, a lu devant la Société un mémoire intitulé : « Les intoxications et la paralysie générale », à propos duquel je vous demande de présenter quelques observations.

Le titre, d'abord. Notre collègue emploie l'expression *paralysie générale* et la répète sous cette forme dans son mémoire, sans la faire suivre des mots « des aliénés ». Ce me paraît une faute.

La paralysie générale ou la paralysie générale progressive, décrite par Requin, par Beau, par Woillez et

d'autres est, en effet, une entité morbide qui est due soit à des lésions de la moelle, des nerfs périphériques ou des muscles, soit à des intoxications, et qui n'a aucun rapport avec la paralysie générale des aliénés.

L'emploi du mot paralysie générale seul donne lieu à cette confusion, dans laquelle tombent en ce moment tant de médecins donnant le nom de paralysie générale à des états qui ne rentrent absolument pas dans le type morbide de la paralysie générale des aliénés, tel qu'il a été parfaitement défini par Calmeil, Baillarger, Lasègue et Falret.

Je pense aussi avoir suffisamment contribué à la détermination de cette maladie, pour être autorisé à présenter ces observations. Voulant, du reste, bien marquer la scission qu'il voudrait établir, M. Charpentier déclare qu'il ne parlera pas « de la paralysie générale congestive, parce que la théorie de la « congestion est tout à fait accessoire dans son groupe « des paralysies générales par intoxication, et qu'il « n'apportera pas à ses considérations le concours de « démonstrations qui ne peuvent relever que des travaux de laboratoire ».

Cette élimination opérée, notre collègue aborde la question dans son vif; il admet comme paralysies générales des états morbides liés à la pellagre, à l'alcoolisme, au saturnisme, à l'hydrargyrisme, à la syphilis et à des auto-intoxications issues du diabète, de la goutte et de l'arthritis, et rejetant pour ces paralysies générales, la lésion sclérosique interstitielle caractéristique de la paralysie générale des aliénés, il déclare que, dans son groupe des paralysies générales, c'est la cellule cérébrale intoxiquée qui détermine l'irritabilité du tissu interstitiel et qui le fait proliférer.

Je ferai à M. Charpentier le grand reproche d'adopter cette théorie sans en avoir cherché les preuves dans l'anatomie pathologique.

Bien au contraire, notre collègue dit :

« Allons-nous toujours nous attarder à attendre une « solution micrographique, qui ne nous vient pas, et la « clinique seule, par elle-même, ne peut-elle pas imprimer des progrès à notre science ? »

Je ne saurais être de l'avis de M. Charpentier; quand

il s'agit de fonder une théorie sur des assises solides, il est nécessaire d'associer l'anatomie pathologique, les recherches histologiques et chimiques à la clinique; c'est ainsi que l'on marche d'un pas sûr.

La localisation primitive de la lésion de la paralysie générale des aliénés dans la cellule cérébrale ne saurait être affirmée par une simple vue de l'esprit ; au contraire, les recherches histologiques pratiquées sur le cerveau montrent sans conteste, ainsi du reste que dans les autres parenchymes, l'inflammation du tissu cellulaire, des vaisseaux, la sclérose interstitielle consécutive et les lésions progressives et nécrosiques des cellules.

Notre collègue semble oublier les caractères anatomopathologiques de la paralysie générale des aliénés, c'est-à-dire les lésions si nettes des méninges et leurs adhérences, pour s'attacher à des altérations primitives supposées de la cellule cérébrale et de ses prolongements, qu'il admet hypothétiquement se terminer dans les vaisseaux et remplir le rôle de canaux afférents et efférents.

Après avoir présenté mes restrictions les plus formelles à la pathogénie de ce groupe de paralysies générales, il me reste à examiner si ces états morbides appartiennent à ce que nous appelons la paralysie générale des aliénés.

1° Et d'abord la *pellagre*. L'identité des symptômes et des lésions de la pellagre avec les symptômes et les lésions de la paralysie générale des aliénés est loin d'être admise par tous les auteurs ; tandis, en effet, que Baillarger et Bénéverski sont de cette opinion, Th. Roussel, Labus, Virchow, Lorain, Stambio et Morelli ont fait de nombreuses recherches qui aboutissent à la conclusion qu'il n'y a pas de ressemblance entre la cachexie pellagreuse et la paralysie générale des aliénés.

J'ai vu, quant à moi, de la pellagre chez des paralysés généraux, mais ce n'était vraiment qu'un symptôme cachectique à ajouter aux autres symptômes.

2° *Alcoolisme chronique*. Les travaux de Magnus Huss, de Lasègue et de Falret ne permettent pas, il me semble, d'accepter une analogie entre l'alcoolisme chronique et la paralysie générale des aliénés. L'inégalité pupillaire, l'ataxie spéciale de la langue et des lèvres,

les troubles tout particuliers de la parole, les caractères de l'écriture, la perte de l'odorat, la conservation de la force musculaire coïncidant avec l'incoordination, sont des symptômes dont l'ensemble ne s'observe que dans la paralysie générale des aliénés.

3° L'*encéphalopathie saturnine* se traduit chez des peintres par des accidents durant quelques jours, soit par des convulsions ou du coma, soit par une simple divagation ou le plus souvent par un délire furieux.

Le plus souvent, on ne constate pas de lésions aux autopsies, les circonvolutions sont serrées, aplaties ; les ventricules vides. Pas de méningite. Il existe des signes de saturnisme aux gencives, des coliques ; le ventre est plat. Il y a de la paralysie des extenseurs.

4° L'*hydrargyrisme* ne présente pas de ressemblance avec la paralysie générale des aliénés ; on y observe de l'affaiblissement de la mémoire, de l'initiative, mais pas de folie proprement dite. Il y a de la parésie prédominante ; la parésie porte surtout sur les extenseurs. Le tremblement existe avec sa forme caractéristique. On constate, en outre, comme signes d'hydrargyrie, du gonflement et du ramollissement des gencives, la chute des dents, de la carie ou de la nécrose des maxillaires, des hémorragies par les muqueuses et de la cachexie.

5° *Syphilis cérébrale.* La syphilis cérébrale n'est pas la paralysie des aliénés ; on peut l'en différencier par les anamnestiques et par la constatation de manifestations syphilitiques osseuses, cutanées, muqueuses, par l'absence du délire spécial de la paralysie générale des aliénés, par l'évolution et la marche de la maladie, par l'apparition de symptômes indiquant une lésion circonscrite, à foyer, et par les résultats heureux du traitement spécifique.

6° *Diabète.* Marchal, de Calvi, a dit que les phénomènes cérébro-spinaux du diabète se rapportent à la paralysie générale progressive (1), mais il n'a pas voulu parler de la paralysie générale des aliénés.

7° *Goutte.* M. Charpentier nous a dit qu'il existait une coïncidence entre la disparition de phénomènes goutteux et l'apparition de la paralysie générale ; il

(1) *Recherches sur les accidents diabétiques*, 1864, p. 349-381.

serait bon de nous donner des observations qui viendraient saper les opinions contraires de Charcot et de Baillarger.

Quant à moi, je n'en ai pas encore observé.

8° *Arthritis et rhumatisme.* Relativement au rhumatisme, notre collègue nous a dit que c'est pendant le cours d'un rhumatisme articulaire aigu qu'il a vu se développer la paralysie générale et que le danger fréquent est l'intoxication aiguë ou le rhumatisme cérébral.

Il n'est pas, à mon avis, nécessaire de faire intervenir l'idée d'intoxication dans un état morbide aussi nettement inflammatoire que le rhumatisme cérébral.

Voici des aquarelles faites sur des cadavres de malades morts de rhumatisme cérébral ; il n'est pas possible de voir des lésions inflammatoires plus nettes de méningite : ecchymoses, exsudations sanguines.

« Dans le rhumatisme articulaire aigu, le délire est « lié à la congestion cérébrale ; il y a, alors, fièvre et à « l'autopsie on trouve les lésions habituelles de la con- « gestion cérébrale ; si la maladie cérébrale évolue len- « tement, on a la méningite chronique de la convexité « (Jaccoud). » (Thèse de Contesse.)

9° *Fièvre typhoïde.* Nasse (1) n'a pas rencontré la paralysie générale dans deux mille cas de fièvre typhoïde.

Nous avons vu nous-même un certain nombre d'individus frappés, à la suite de la fièvre typhoïde, de démence, d'imbécillité, d'idiotie, mais nous n'en avons pas observé chez lesquels la paralysie générale des aliénés se soit développée.

M. Charpentier dit encore que les scléroses cérébrales infantiles sont tout autres que la sclérose cérébrale de l'adulte.

« Telles sont, ajoute-t-il, les atrophies cérébrales « infantiles qui se développent assez lentement pour « permettre à la sclérose de la paralysie générale d'ap- « paraître et celle-ci n'apparaît pas. »

L'enfant ne se trouve pas, Messieurs, dans les conditions sociales et n'est pas exposé aux tribulations morales et aux vues ambitieuses qui préparent la manifes-

(1) *Allg. Zeit für Psych.*, 1870, p. 2.

tation du délire spécial, mais les enfants de cinq jours à trois semaines sont atteints de méningo-encéphalite aiguë qui amène ultérieurement des lésions scléreuses semblables à celles de l'adulte.

Les mémoires de Virchow (1), d'Hayem (2), renferment un grand nombre d'observations d'autopsies et d'examens microscopiques qui ne laissent aucun doute sur l'identité des lésions scléreuses chez l'enfant et chez l'adulte.

M. Charpentier s'attache longuement à montrer que la paralysie générale ne se montre pas ordinairement chez les anémiques, dans les folies chroniques, dans l'hystérie; mais ces faits négatifs viennent à l'appui de ce que nous savons, c'est-à-dire du rôle important de l'élément congestif dans la paralysie générale des aliénés.

Les fous chroniques sont tous plus ou moins débilités; l'hystérie n'est-elle pas liée à la chloro-anémie?

L'épileptique lui-même ne porte-t-il pas le cachet d'une atteinte profonde à sa santé physique?

12° Quant à l'âge de quarante-cinq ans que M. Charpentier nous a donné comme l'âge moyen des paralysés généraux, MM. Vallon, Garnier, Falret et Ritti lui ont rappelé avec raison que la moyenne était de trente-cinq à quarante-cinq ans.

En résumé, M. Charpentier fait jouer à tort le rôle principal, dans la paralysie générale des aliénés, à une lésion initiale de la cellule cérébrale; cette théorie est en opposition avec les recherches histologiques.

M. Charpentier confond avec la paralysie générale des aliénés, les paralysies générales simples progressives dues, les unes à des lésions de la moelle, des nerfs périphériques ou des muscles; les autres à l'empoisonnement arsénical, alcoolique, saturnin, sulfocarbonaté, paludéen, à la diphtérie, au rhumatisme, à l'anémie et à des maladies aiguës diverses où elles apparaissent comme phénomène consécutif.

Certaines paralysies générales progressives aiguës

(1) *Virchow's Archiv*, janvier 1867.
(2) *Diverses formes d'encéphalite*, 1868.

ont été parfaitement étudiées par Beau, Requin, etc. (1); mais, ainsi que l'a dit Marcé, une analyse attentive de chacun de ces cas indique dans l'aspect et la symptomatologie de la maladie une telle dissemblance avec la paralysie générale des aliénés qu'il y a plutôt lieu de les rattacher au rhumatisme cérébral ou à une encéphalite aiguë survenue pendant le cours d'une fièvre typhoïde.

Je ne reconnais pas, en effet, dans le travail de M. Charpentier, la paralysie générale des aliénés telle que nous la connaissons par les travaux de Calmeil, Baillarger, Lasègue, Falret ; j'y trouve des considérations hypothétiques, sans observations, et je vois avec regret notre collègue laisser de côté systématiquement l'anatomie pathologique, l'histologie et les recherches de laboratoire.

M. Charpentier. — Je remercie M. Voisin d'avoir bien voulu fixer son attention sur la communication que j'ai eu l'honneur de lire à notre Société. Malgré l'estime que je professe pour sa haute valeur sur pareille question, et malgré le souvenir reconnaissant que je conserve de l'enseignement que j'ai puisé dans son service, je pense qu'il est de mon devoir de discuter les arguments qu'il vient de m'opposer, tant est grand mon amour pour une théorie que je crois se rapprocher de la vérité.

Je suivrai l'ordre adopté par M. Voisin, après m'être disculpé de l'absence, qui m'a été reprochée, de vérifications histologiques. Je ne suis pas histologiste et, de plus, je ne pouvais constater les lésions d'un tissu dont j'ai admis l'existence normale à titre hypothétique. J'ai employé l'expression de paralysie générale, que je considère comme plus courte et aussi compréhensible que celle de paralysie générale des aliénés, parce que, parlant dans un milieu spécial, j'ai cru qu'il n'y aurait pas confusion. Au temps où les travaux de Duchenne, de Boulogne, et de M. Charcot n'avaient pas fait connaître les différentes paralysies médullaires qui étaient confondues avec celle des aliénés, cette épithète était nécessaire, elle ne l'est plus aujourd'hui que pour les médecins dont parlait M. Voisin et qui ne sont pas au courant de ces travaux.

---

(1) *Arch. génér. de médecine*, 1852.

M. Voisin a invoqué les témoignages de médecins qui ont mis en doute l'existence de la paralysie générale pellagreuse. Mais M. Baillarger, en 1849, a rapporté des cas authentiques de cette paralysie, et si l'on songe que la folie pellagreuse consistait surtout en symptômes mélancoliques et que, d'une autre part, le délire de grandeur était considéré comme pathognomonique, à cette époque, de la paralysie générale, on conçoit que l'attention n'ait pas été dirigée sur les formes mélancoliques de la paralysie générale pellagreuse et que le nombre de faits observés ait été ainsi très restreint.

M. Voisin nous a retracé avec beaucoup de clarté les caractères qui distinguent les intoxications pellagreuses, alcooliques, hydrargyriques et saturnines, et ne permettent pas de les confondre avec la paralysie générale type; mais je reste frappé de ce fait que ce sont les maladies qui prêtent le plus à confusion avec la paralysie générale, et que, de plus, elles ont entre elles un caractère commun, une intoxication ; et c'est ce même caractère que je retrouve dans le diabète, la goutte, le rhumatisme. À propos de ces deux maladies constitutionnelles, j'ai pris soin de dire que ce n'était pas leur coexistence avec la paralysie générale, mais leur coïncidence en succession avec cette maladie, que j'avais observée.

Non seulement j'ai fait remarquer la rareté de la paralysie générale après les maladies aiguës, mais j'ai tenté d'expliquer cette rareté par l'anémie concomitante ou consécutive, anémie qui paraîtrait faire obstacle à l'apparition de la paralysie générale. Schüle a rapporté des cas consécutifs à la fièvre typhoïde, mais n'apparaissant que trois mois après la fin de cette maladie, alors que la débilité avait eu le temps de disparaître.

J'ai admis avec presque tous que la lésion fondamentale de la paralysie générale, quelle que soit cette paralysie générale, était une sclérose cellulaire interstitielle, proliférante, diffuse; mais je n'ai pas dit que la lésion de la cellule cérébrale était une lésion initiale, car j'aurais nié les rémissions. J'ai dit que l'intoxication de la cellule cérébrale était le point de départ de la lésion qui devait être produite par la prolifération des canaux de tissu conjonctif ou névroglique, chargés de désintoxiquer la cellule cérébrale, et que ces canaux devaient exister ;

car, s'il est admis que la cellule cérébrale se nourrit, et que des canaux lui apportent des matériaux de nutrition, il faut nécessairement admettre des canaux qui lui enlèvent les produits de désassimilation, et au même titre les poisons qui ont pu lui être apportés ou s'être produits en elle. J'ai été amené à supposer la théorie de l'intoxication pour expliquer les cas de paralysie générale qui ne trouvaient pas une explication par la théorie de la congestion.

M. Falret pense qu'il faudrait distinguer dans la communication de M. Charpentier l'élément étiologique et l'élément symptomatique. La paralysie générale repose, non seulement sur des symptômes, mais aussi sur des lésions anatomiques. M. Charpentier a-t-il voulu avancer que la paralysie générale par intoxication, comme il l'appelle, est différente de la paralysie générale ordinaire?

M. Charpentier répond que la sclérose interstitielle proliférante diffuse est la base anatomique commune et nécessaire de toutes les variétés de paralysie générale. Ce qu'il a voulu dire, c'est qu'il est des individus diabétiques, syphilitiques, rhumatisants qui, plus que d'autres, deviennent des paralytiques généraux; il voit dans ces diverses maladies autant de facteurs étiologiques capables de provoquer le développement de la paralysie générale.

M. Marandon de Montyel fait remarquer qu'il y avait sans doute à tenir compte chez les malades observés par M. Charpentier, de la prédisposition congestive à laquelle il faut sans doute faire remonter la véritable origine de la paralysie générale.

M. Paul Garnier. — Laissant de côté, pour le moment, le fond même de la théorie que M. Charpentier a exposée dans sa récente communication sur l'étiologie de la paralysie générale, je demanderai à notre collègue de vouloir bien nous éclairer sur un point où il me semble apercevoir comme une contradiction. Il nous a dit que le diabète, la syphilis, le rhumatisme sont autant d'affections susceptibles de provoquer, par *intoxication*, le developpement de l'encéphalite interstitielle diffuse. Cette étiologie de la paralysie générale pourra sembler discutable, on pourra surtout différer d'opinion sur la

valeur causale de chacune de ces espèces morbides dans la formation du processus anatomo-pathologique, propre à la paralysie générale, et accorder par exemple, une importance autrement plus grande à la syphilis, comme facteur pathogénique, qu'au diabète et au rhumatisme. Admettons cependant, pour un instant, qu'il soit exact que ces maladies se compliquent souvent de paralysie générale. Mais, nous dit M. Charpentier, ce ne sont pas les poussées aiguës de ces affections qui provoque l'encéphalite interstitielle diffuse ; cette complication n'a chance de se produire que dans les périodes d'accalmie relative. Alors, j'avoue ne plus beaucoup comprendre. Puisqu'on nous parle d'*intoxication,* comment se fait-il que les périodes paroxystiques du rhumatisme, par exemple, que les *crises* aient moins d'influence que les rémissions? La proposition de M. Charpentier revient à dire que plus une maladie est active, moins elle a de retentissement général.

Notre collègue pourrait-il nous fournir à ce sujet quelques éclaircissements?

M. Charpentier. — L'explication que me demande M. Garnier, je ne suis pas, je l'avoue, en mesure de la donner; mais de ce que l'explication d'un fait nous manque, nous ne saurions induire que ce fait n'existe pas.

M. Briand dit que la statistique seule pourrait lever les doutes.

M. Christian déclare n'avoir pas été convaincu par les considérations étiologiques émises par M. Charpentier, qui a dû se trouver en face de coïncidence, rien de plus.

M. Bouchereau fait remarquer que chez les pellagreux qu'il a eu l'occasion d'observer, il n'a rencontré aucun symptôme de paralysie générale.

La séance est levée à six heures.

Paul Garnier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès de Berlin. — Section de neurologie (1)

Discussion sur l'anatomie pathologique de la paralysie générale; par le Dr J. Dagonet, médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne.— Adler (*Arch. f. Psych.*, Bd. V, p. 349) a observé, chez les paralytiques généraux, des boules homogènes, colloïdes, brillantes, isolées ou en amas, dans la pie-mère et dans les vaisseaux cérébraux. On peut, dit-il, les prendre pour des Œlkugeln, mais leurs propriétés les en distinguent; l'éther et la potasse ne les modifient pas et ces caractères permettent de les classer dans les produits colloïdes.

Obersteiner (*Med. Jahrbücher*, 1877, p. 271) a vu ces mêmes globules brillants chez deux paralytiques et dans d'autres cas (puerpéralité, mort violente), il ajoute que Wedl les décrit dans les organes en voie d'atrophie et Meynert dans les cornes d'Ammon atrophiées des épileptiques, comme dans la paralysie générale, où ils sont dus à la stase sanguine : je crois cependant que ces auteurs les confondent avec des thromboses hyalines.

Ces globules hyalins, dont l'origine et la signification sont peu connues, sont très résistants aux réactifs et ils présentent peu d'affinité pour les matières colorantes. Cependant, j'ai vu que la méthode de Weigert les colorait en noir intense, le dahlia en bleu, etc. On les trouve presque constamment dans la paralysie générale, quoiqu'ils ne soient pas, bien entendu, un élément caractéristique de cette affection. Ils siègent dans les gaines lymphatiques des vaisseaux, dans la pie-mère; je les ai vus aussi dans les granulations épendymaires. Ils sont agglutinés en forme de rosace ou constituent des masses volumi-

(1) Nous reproduisons les communications dont les auteurs ont bien voulu nous envoyer un résumé.

neuses : d'autres fois, ils sont échelonnés le long des vaisseaux. Leur diamètre est en moyenne de 2 à 7 μ, mais à côté de petits globules on en voit de très volumineux de 14 à 18 μ.

Je me permets d'insister sur ces faits, parce que le Pr Mendel n'en parle pas dans son importante monographie (*Progressive Paralyse der Irren,* Berlin, 1880) et que je pense pouvoir expliquer par eux les masses jaunes décrites par le Pr Mendel et la dilatation variqueuse des capillaires contenant ces masses jaunes sphériques et admise par lui. La figure 5 de la planche II représente un capillaire dont la lumière est oblitérée en différents points de son trajet par ces masses sphériques. Or, dans plusieurs de mes préparations, les globules hyalins sur lesquels je viens d'insister étaient isolés et appliqués contre le capillaire, dont la lumière disparaissait. Le capillaire avait la forme en chapelet dont parle le Pr Mendel, et j'avais une image en tout point analogue à la figure 5 de la planche II.

Je pense donc que les masses sphériques du Pr Mendel sont en dehors des capillaires, que ce sont des globules hyalins, et que sa description de la dilatation variqueuse des capillaires doit être modifiée dans ce sens. Je m'appuierai aussi sur l'opinion du Pr Fischl (*Zeitschr. für Heilkunde,* 1888) : dans son étude critique, il déclare ne pas savoir ce que peuvent être les masses décrites par le Pr Mendel dans les capillaires.

L'épilepsie partielle sensitive et la démence paralytique; par le Dr Magalhaës Lemos, d'Oporto (Portugal). — Il y a à peu près trois ans, M. Charcot a donné le nom d'épilepsie partielle sensitive à un curieux trouble de la sensibilité, qui, dans sa manifestation la plus simple, se présente par accès survenant à des intervalles plus ou moins longs, et qui consistent en une sensation particulière de fourmillement et d'engourdissement limités à une moitié du corps. Voici comment les choses se passent : Sous l'influence d'une impression psychique ou physique, et habituellement sans cause appréciable, une des mains est prise d'un engourdissement qui monte dans le bras, envahit partiellement la face jusqu'à la commissure labiale, ainsi que la moitié correspondante de la langue, et enfin se propage à la jambe du même côté. C'est la forme brachiale.

Mais telle n'est pas toujours la marche que suit le trouble sensitif dans son envahissement, il peut apparaître à la face et s'étendre successivement au bras et à la jambe ou bien commencer par le pied, monter dans le membre inférieur et envahir le bras et la face.

Telle est l'attaque de cette forme d'épilepsie, réduite à son expression symptomatique la plus simple. Mais la clinique ne nous offre pas souvent des cas de cette pureté : tantôt ce sont des phénomènes psychiques (aphasie, agraphie, cécité et surdité verbales) ou sensoriels (scotome scintillant, hémiopie), tantôt ce sont des phénomènes moteurs qui s'associent aux troubles sensitifs. Il faut ajouter que tous ces phénomènes ne constituent pas l'attaque, tant s'en faut, ils y paraissent comme des symptômes auxiliaires, accessoires et à titre de complications.

En ce moment où l'épilepsie sensitive est très peu connue, il convient de faire son étude en prenant pour guide la migraine ophtalmique, forme nosologique devenue classique et avec laquelle la manifestation morbide qui nous occupe a les relations les plus intimes, qui sont démontrées par la pathologie et par la thérapeutique.

Je tiens à relever l'assertion suivante :

L'épilepsie sensitive, ainsi que la migraine ophtalmique — son associée habituelle — *peut se présenter comme une maladie distincte*, évoluant pour son propre compte; *mais on peut aussi la voir comme une manifestation symptomatique de la paralysie générale* et peut-être encore d'autres maladies.

Si nous connaissons imparfaitement cette variété d'épilepsie en elle-même, existant comme espèce pathologique distincte, nous connaissons encore moins sa valeur clinique, sa véritable signification comme symptôme dépendant d'une autre affection. C'est néanmoins pour moi une conviction bien arrêtée qu'elle doit prendre rang à côté des symptômes, chaque jour plus nombreux et plus variés, par lesquels peut commencer la paralysie générale.

Deux observations personnelles qu'on ne peut pas résumer ici, démontre cliniquement la vérité de ce que j'avance.

Il s'agit en effet de deux cas dans lesquels l'épilepsie partielle sensitive a très nettement ouvert la scène morbide de la paralysie générale : elle a été le symptôme initial, prodromique, avant-coureur de cette maladie.

Il est donc inutile d'insister pour faire ressortir le grand intérêt pratique qui s'attache à ces observations et l'enseignement qui en découle, puisqu'il s'agit de dépister, *à son début*, l'existence d'une maladie grave, alors qu'elle sommeille encore et se cache sous des dehors bénins. Car, dans cette association de l'épilepsie partielle sensitive avec la paralysie générale, il ne

s'agit pas d'une coïncidence fortuite. L'apparition de cette variété d'épilepsie à l'âge de la paralysie générale, sans antécédents syphilitiques, et surtout son évolution avec les symptômes officiels de la paralysie générale et son incorporation dans le tableau classique de cette maladie — ce qui ressort suffisamment de mes observations — montrent que nous avons là, comme pour la migraine ophtalmique, un symptôme de plus à ajouter au tableau de la paralysie générale, et en même temps *une façon nouvelle d'entrer dans cette maladie*, ce qui est bien plus important à connaître.

Les recueils scientifiques possèdent un certain nombre de cas tendant tous à montrer que l'épilepsie partielle sensitive apparaît dans le tableau symptomatique de la paralysie générale, non par un jeu du hasard, mais par suite d'une corrélation intime, d'un lien étroit qui la rattache au substratum anatomique de cette maladie, comme « l'ombre se rattache au corps ».

Voici l'explication qu'on peut donner de ces faits :

Rappelons tout d'abord que cette association de l'épilepsie partielle sensitive avec la paralysie générale est en concordance parfaite avec les données certaines que nous possédons sur l'anatomie pathologique de cette maladie et avec les acquisitions récentes de la physiologie pathologique du cerveau. En effet, l'anatomie pathologique montre que la démence paralytique est une affection *essentiellement corticale* : une maladie caractérisée par une encéphalite interstitielle diffuse, siégeant de préférence à l'écorce du cerveau. D'un autre côté, l'expérimentation et la clinique ont bien mis en évidence l'hétérogénéité fonctionnelle de l'écorce cérébrale : c'est le siège classique des opérations psychiques ; mais elle possède aussi des départements qui sont exclusivement moteurs et d'autres sensitifs. On comprend donc qu'une affection diffuse du cortex, comme celle que réalise la paralysie générale, bien qu'elle mène toujours au même ensemble symptomatique, puisse commencer par une symptomatologie très variée : aphasie, migraine ophtalmique, épilepsie partielle motrice ou sensitive, etc. C'est tout simplement une question de localisation de la maladie à son début. De même que la scène pathologique est ouverte par des attaques d'épilepsie motrice, lorsque la lésion commence à envahir le cortex par les circonvolutions ascendantes; de même l'inexorable encéphalite s'annoncera par des attaques d'épilepsie sensitive, lorsqu'elle commencera par les circonvolutions sensitives.

JOURNAUX FRANÇAIS

(*Année 1886*)

L'Encéphale.

I. — *Description d'une nouvelle région de la substance grise, située à la base de l'encéphale (avec planche photographiée)*; par le Dr J. Luys (n° 1). — Description d'une masse grise, située dans l'épaisseur des pédoncules cérébraux et disposée en bandelette allongée au pourtour du noyau rouge de Stilling. Cette masse grise a été découverte par M. Luys en 1865. — Les Allemands l'appellent *corpus Luysii.* — Elle est formée d'un reticulum névroglique très dense et de petites cellules nerveuses. Des fibres blanches d'origine corticale viennent se perdre dans son épaisseur. M. Luys est porté à croire que cette bandelette représente, ainsi que le noyau rouge de Stilling, un foyer de dispersion pour l'innervation cérébelleuse dans le corps strié.

II. — *Note sur un cas de névrite du tibial antérieur, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde;* par M. R. Wurtz, interne des hôpitaux (n° 1). — Observation d'une névrite du tibial antérieur dans le cours d'une fièvre typhoïde — guérison. — L'auteur se livre ensuite à une dissertation sur les névrites périphériques dans les maladies infectieuses. Y a-t-il, dans ces cas, polyomyélite antérieure? ou bien le microbe ou le ptomaïne, qui produisent l'affection générale, ont-ils aussi une action locale sur les nerfs périphériques?

III. — *Des syphilomes de l'encéphale;* par le Dr Luys (n° 1). — L'évolution histologique de la gomme depuis ses phases embryonnaires n'a pas été sérieusement étudiée jusqu'à présent. M. Luys rattache à des syphilomes au début des indurations spéciales de l'encéphale, disposées en îlots et en plaques facilement méconnues aux autopsies. Ces syphilomes sont des gommes avortées. On les observe surtout dans les régions bulbaires et protubérantielles, ensuite dans la substance blanche des hémisphères.

IV. — *Un cas de fissure cérébrale;* par M. le Dr Rousseau, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre (n° 1). — *Observation* : Chute sur la tête pendant l'enfance : convulsions, hémiplégie. — Fièvre typhoïde : accès épileptique, — A l'autopsie, large fissure dans l'hémisphère gauche du cerveau.

V. — *Myélite syphilitique*; par G. H. Roger (n° 1). — Elle s'est déclarée quatorze mois après l'inoculation; symptômes multiples ne rappelant aucun type clinique, — guérison par la médication antisyphilitique.

VI. — *Etude de l'état mental de Louis Riel*; par le Dr H. Gilson, chef de clinique de la Faculté (n° 1). — Très intéressante étude dont je détache la dernière phrase : « ... Sachons reconnaître et dire au public non médical que l'aliéné est protégé en France plus que partout ailleurs; car, dans notre pays, un homme comme Riel vivrait encore, interné dans un asile, mais protégé par la loi. »

VII. — *La folie à deux. Leçon faite à la clinique des maladies mentales de l'asile Sainte-Anne*; par M. le professeur B. Ball, *recueillie par M. le Dr Gilson, chef de clinique* (n° 2). — Exposé des différentes sortes de délire à deux : délire communiqué à un individu plus faible par un autre mieux doué (Falret et Lasègue); délires éclos simultanément chez plusieurs individus également prédisposés et subissant des influences nocives communes (Régis); délire communiqué par un sujet bien doué relativement à un sujet prédisposé (Marandon de Montyel); enfin, délire transformé, c'est-à-dire transmission d'idées délirantes entre aliénés (Kieirnan).

Suit une observation intéressante d'un délire à deux, type Falret-Lasègue; mais avec cette particularité que c'est le sujet le moins intelligent, la femme, qui impose ses idées délirantes au sujet moralement supérieur, le mari.

Notons que M. Ball attribue à Lasègue et Falret la première étude connue sur le délire à deux. Or, M. Baillarger, dès 1860, publiait un mémoire intitulé : *Quelques exemples de folie communiquée*, dans la *Gazette des hôpitaux*. Chose remarquable, c'est un Allemand, le Dr Lehmann, qui a reconnu que la priorité de l'étude de la folie à deux appartenait à M. Baillarger.

VIII. — *Nouvelles expériences à propos de la locomobilité intra-crânienne du cerveau*; par le Dr J. Luys (communication faite à la *Société de Biologie*), (n° 2). — J'ai déjà analysé ici la longue discussion à laquelle a donné lieu, à l'Académie de médecine, la communication de M. Luys sur la *locomobilité intra-crânienne du cerveau* pendant la vie.

M. Luys apporte un nouvel argument en faveur de son opinion. Il place des cadavres, les uns dans la position horizontale, les autres dans la position verticale et il congèle leurs

têtes. Il fait ensuite, à la scie, des coupes des crânes, les unes horizontales, les autres verticales, et il fait voir que, chez les cadavres couchés, le cerveau ne touche pas l'os coronal, qu'il en est séparé par un certain espace rempli de liquide céphalo-rachidien congelé ; tandis que chez les cadavres assis, le cerveau touche le coronal, mais n'est pas en contact avec la voûte du crâne, il en est séparé par des glaçons de liquide céphalo-rachidien congelé.

IX. — *Médecine légale. Les frontières de la folie*; par M. le D[r] Motet (n° 2). — Rapport médico-légal sur un déséquilibré, dont les antécédents héréditaires sont inconnues, qui a commis des escroqueries.

Ce sujet ne délirait pas, il appartenait à cette catégorie si nombreuse d'individus chez lesquels on observe les plus singuliers contrastes : « Tantôt passifs, inertes, prêts à douter de tous et d'eux-mêmes, ils sont déprimés sans cause; tantôt exaltés, excessifs en tout, prenant d'eux-mêmes l'opinion la plus haute, ils ont toutes les audaces; jamais ils ne sont en équilibre et ils obéissent surtout à des sollicitations instinctives, auxquelles leur volonté défaillante ne peut opposer un contrepoids de résistance suffisante. »

De tels individus ne peuvent être considérés comme irresponsables, mais il est juste de se montrer indulgent pour eux et de trouver dans leur état mental défectueux les motifs d'une très large atténuation.

X. — *Contribution à l'étude de la thermométrie céphalique;* par M. le D[r] Descourtis (n° 2). — M. Descourtis indique le procédé qu'il a employé et qui, d'après lui, donne la température réelle de l'extrémité céphalique et non celle de la peau du crâne. Il laisse les thermomètres des heures entières en contact avec les téguments.

Il arrive à établir que la température centrale du cerveau est inférieure d'environ 0°,7 à la température rectale.

Ses conclusions comprennent d'assez nombreuses propositions. J'en reproduis une :

Dans la paralysie générale et la manie, la température paraît assez élevée; dans la lypémanie et la stupeur, il y a tantôt élévation, tantôt abaissement de température, sans que rien puisse le faire supposer *a priori*.

XI. — *Un cas de torpeur cérébrale guérie par l'application de courants galvaniques*; par M. B. Ball (n° 2). — Torpeur cérébrale caractérisée par de l'insomnie, l'impossibilité de rien

apprendre par cœur, une paresse cérébrale excessive ; un simple billet à écrire était une besogne excessive. (Le sujet était un professeur qui avait fait des excès de travail.)

Galvanisation de la tête, quarante éléments d'une pile Trouvé, pôle positif à la nuque, pôle négatif au front — durée de l'application : cinq minutes. Trois applications par semaine.

Après douze applications, la guérison était complète, trop complète même, car il subsistait un peu d'excitation intellectuelle.

XII. — *Médecine légale. — Faux commis par une lypémaniaque ambitieuse;* par M. Marandon de Montyel, directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Dijon (n° 3). — Le sujet de ce rapport est une femme qui présentait un délire très curieux :

Brusquement, à la mort de son mari, cette femme changea de genre de vie. De rangée et d'économe qu'elle était, elle devint dépensière, elle fit faire des fouilles dans ses terres, elle entreprit des commerces divers, elle trouva un remède contre le phylloxéra et un procédé nouveau pour fabriquer du vin de raisin sec ; bref, elle se ruina rapidement et on vendit ses propriétés. — Elle mit alors en circulation trois billets faux, au nom d'un personnage très riche du pays. — Arrêtée, elle fut d'abord jugée saine d'esprit par trois experts ; mais un doute subsistant dans l'esprit des juges, l'auteur fut commis pour l'examiner.

Or, cette femme délirait depuis longtemps et son délire était systématisé. Depuis la mort de son mari, elle était persécutée et hallucinée, elle connaissait ses persécuteurs. La période des grandeurs survenant, elle resta persécutée le jour et la nuit, grâce à des hallucinations dans le sens des grandeurs, elle eut des conceptions mégalomaniaques. Les voix divines lui indiquaient l'endroit où était enfoui le trésor, elles lui apprenaient à faire le vice, etc... Elles lui disaient aussi que les billets fabriqués par elle étaient réellement signés par un débiteur véritable de son mari.

Une ordonnance de non-lieu fut rendue conformément aux conclusions de M. Marandon de Montyel.

XIII. — *Contribution à l'histoire des localisations cérébrales*; par M. le Dr Salesses, médecin-major (n° 3). — Deux observations qui se prêtent un mutuel appui, l'altération atteint les

mêmes éléments de l'écorce grise par un mécanisme inverse : centrifuge d'une part et centripète de l'autre.

1re *observation* : A seize mois, hémiplégie droite à la suite de convulsions. — A quinze ans, première attaque d'épilepsie à la suite d'une émotion. — La névrose s'installe. — Crises fréquentes. — Troubles psychiques. — Phtisie intercurrente.

Autopsie : Atrophie partielle du cerveau, localisée aux régions rolandiques, très prononcée à gauche où le ventricule latéral s'ouvre au dehors.

2e *observation* : Paralytique général amputé au bras droit ; atrophie de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante gauche. — Convulsions dans les derniers jours de la vie ; congestion du noyau externe du noyau lenticulaire.

XIV. — *Considérations sur la morphinomanie et sur son traitement;* par le Dr G. Pichon, interne à l'asile Sainte-Anne (n° 3). — *Observation.* — Jeune femme âgée de vingt-quatre ans à antécédents neuropathiques héréditaires, morphinomane depuis six à sept ans, était arrivée à s'injecter tous les jours 1 gr. 50 à 2 gr. 50 de chlorhydrate de morphine. Symptômes de morphinomanie chronique. Guérison par le traitement par cessation brusque de la morphine.

Considérations générales sur la morphinomanie et sur les différents traitements de cette affection.

XV. — *Effets du tabac sur l'intelligence et en particulier sur la mémoire*; par le Dr A. Rouillard (n° 3). — Le tabac affaiblit l'intelligence, provoque une amnésie spéciale, conduit à la paralysie générale, etc... sans compter son influence désastreuse sur l'éclosion de l'angine de poitrine. — A l'École polytechnique, on a remarqué que les élèves les plus distingués ne fumaient pas, et que les élèves qui prenaient l'habitude de fumer perdaient les places qu'ils occupaient auparavant.

XVI. — *Méningite tuberculeuse en plaques au niveau du sillon de Rolando avec épilepsie jacksonnienne et monoplégie brachiale chez un débile*; par M. Léon Vrain, interne à l'asile Sainte-Anne (n° 3). — Observation intéressante dont l'auteur déduit cette conclusion à noter : L'apparition d'un accès convulsif à forme d'épilepsie partielle chez un tuberculeux, doit, au même titre que l'apparition d'une monoplégie, faire penser à une méningite tuberculeuse en plaque localisée au niveau des centres moteurs, même en l'absence des autres symptômes ordinaires de la méningite tuberculeuse.

XVII. — *Des procédés à employer pour l'étude anato-*

mique et photographique du système nerveux central; par M. le Dr J. Luys (n° 3). — Exposé des procédés techniques pour l'étude de l'anatomie des centres nerveux au moyen desquels M. Luys a fait, sur la structure de l'encéphale, ses célèbres découvertes.

Pour étudier le cerveau, il y a trois méthodes : celle des coupes minces de la substance nerveuse et de la reproduction des pièces par la photographie, celle du *clivage* et celle de la *momification.*

M. Luys donne des détails pratiques sur l'emploi de ces différentes méthodes.

XVIII. — *Note sur un cas d'épilepsie avec conscience;* par M. le professeur Ball (n° 4). — Dans l'immense majorité des cas, la perte de la mémoire est absolue pendant les crises d'épilepsie. Dans un petit nombre de cas, il n'en est pas ainsi :

Exemple : Une femme de trente-deux ans, fille d'alcoolique et épileptique depuis longtemps, offre trois sortes de manifestations épileptiques : des grandes attaques convulsives, des absences et du délire d'action. Sous l'une ou l'autre forme, les crises se répètent une vingtaine de fois par semaine. Or, il arrive que cette malade conserve parfois le souvenir de ce qu'elle a fait pendant ses crises caractérisées par du délire des actes.

XIX. — *Des paraplégies survenant pendant le cours ou pendant la convalescence de la fièvre typhoïde;* par M. Devin Courtade, interne des hôpitaux (n° 4). — Voici les principales conclusions de ce travail :

La fièvre typhoïde peut déterminer des paralysies plus ou moins disséminées : parmi ces paralysies, la forme paraplégique est la plus fréquente. Ces paralysies sont rarement complètes et leur marche est d'ordinaire subaiguë. Les troubles moteurs dominent de beaucoup les troubles de la sensibilité. Divers troubles trophiques peuvent survenir et consistent, au début, en escarres sacrées et trochantériennes, plus tard en atrophie des muscles paralysés. Des arthrites peuvent se développer quand les malades commencent à se servir de leurs membres. Dans quelques cas, la paralysie peut prendre la forme de paralysie ascendante aiguë ou subaiguë. La durée est très variable et peut aller jusqu'à trois ans et même davantage. Ces paralysies peuvent, au début, être dues à une congestion rachidienne. Pendant la convalescence, on pourra hésiter entre une myélite et des névrites disséminées. Il est probable que, dans bien des cas, ces paralysies tiennent à une dénutrition de la moelle, por-

tant surtout sur les cornes antérieures, et produite soit par endartérite, soit par irritation bactéridienne.

XX. — *Structure du cerveau*; par le Dr J. Luys (n° 5). — Dans cet article, qui est la reproduction d'une leçon, M. Luys expose rapidement ses opinions sur la structure générale du cerveau : « Le cerveau est l'ensemble des plis de l'écorce de chaque lobe cérébral, reliés d'un côté à l'autre (fibres commissurantes) et reliées aux noyaux opto-striés et noyaux sous-optiques (fibres blanches descendantes : fibres cortico-optiques, cortico-striées, cortico-sous-optiques). »

A la fin, le professeur indique la technique de l'examen microscopique de l'encéphale aux autopsies.

XXI. — *La faiblesse d'esprit dans ses rapports avec la responsabilité des actes*; par M. le Dr V. Parant, directeur-médecin de la maison de santé de Toulouse (n° 5). — M. Parant a publié en 1881 un mémoire intitulé : « *Considérations médico-légales sur la responsabilité des faibles d'esprit.* » Ce mémoire fut envoyé à la Société médico-psychologique, où il donna lieu à une discussion.

La note que M. Parant fait paraître aujourd'hui est une réponse à M. Motet qui, dans cette discussion, ne partageait pas complètement ses idées sur la question.

Pour M. Motet, les faibles d'esprit sont des êtres hybrides, pour ainsi dire, au sujet desquels il semble impossible de formuler des appréciations absolues. Pour M. Parant, il existe un critérium capable de guider le médecin expert dans l'appréciation de tous les cas de faiblesse d'esprit soumis par les tribunaux à son appréciation. « Ce critérium, c'est l'état morbide, envisagé au point de vue mental. — Si l'inculpé n'est que faible d'esprit, il est responsable. — S'il présente, à quelque degré que ce soit, les signes d'une disposition morbide qui puisse influer sur son intelligence, il doit être exonéré de toute responsabilité légale. »

XXII. — *Notes sur la convalescence dans les maladies mentales*; par le Dr A. Paris, médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne (n° 5). — L'auteur, en quelques pages, cherche à démontrer que, dans la folie, « tant que la cause somatique déterminante, et il y en a une dans tous les cas, existe, les troubles intellectuels existent ; dès que l'organisme redevient normal, l'aliénation mentale disparaît. » Il est bien entendu que les causes morales peuvent produire des causes

physiques et que c'est par le fait seul de ces dernières que la folie éclate. La conséquence est que le traitement moral de la folie n'est qu'accessoire et qu'il ne rend de service que chez les convalescents.

XXIII. — *Considérations sur la morphinomanie et son traitement*; par M. le Dr A. Erlenmeyer, de Bendorf (n° 6). — L'auteur expose ses idées au sujet de la méthode à employer pour le sevrage de la morphine. Mais ce qu'il y a surtout d'original dans son travail, c'est l'exposition des dangers de la *cocaïnomanie*. — On a tenté, dans le traitement de la morphinomanie, d'employer la cocaïne, or, l'intoxication chronique par la cocaïne produit des accidents aussi graves que ceux de l'empoisonnement chronique par l'alcool.

Archives de Neurologie.

I. — *Des manifestations méningitiques et cérébrales des oreillons. Contribution à l'étude des troubles nerveux consécutifs aux maladies aiguës;* par les Drs Lannois et G. Lemoine (numéro de janvier). — La maladie ourlienne est une maladie générale, vraisemblablement de nature infectieuse. Elle s'accompagne parfois d'accidents méningitiques bien connus.

Les auteurs croient qu'il peut survenir aussi des complications cérébrales vraies, non pas aiguës et transitoires, mais qui persistent pendant un temps plus ou moins long et qui attestent une lésion des cellules cérébrales de la substance grise, ce sont l'aphasie et les paralysies. Suit l'observation d'un militaire qui, dans le cours des oreillons, présenta de l'aphasie et une hémiplégie droite, lesquels accidents durèrent assez longtemps et finirent seulement par s'améliorer.

Cette complication cérébrale se rattacherait à des lésions d'ordre inflammatoire. D'où le traitement.

II. — *Névralgie et paralysie oculaire à retour périodique constituant un syndrome clinique spécial;* par M. H. Parinaud et P. Marie (numéro de janvier). — Cette affection présente les symptômes suivants : malaise général avec phénomènes gastriques, suivis, après un laps de temps plus ou moins long, de paralysie oculaire avec diplopie et strabisme. La paralysie a une durée variable, elle peut persister, mais avec une intensité très affaiblie, plusieurs mois. (Les accidents se reproduisent tous les ans, tous les six mois, tous les trois mois, tous les mois.)

Il serait prématuré de rechercher la nature de cette affection qui a une analogie évidente avec la migraine ; mais il faut se garder de la confondre avec les paralysies oculaires à rechute, que l'on observe dans certaines maladies bien connues : le tabes, la sclérose en plaques, la syphilis cérébrale, les tumeurs de la base du cerveau.

III. — *Observations pour servir à la détermination des zones cérébrales motrices et à la pathogénie des dégénérescences secondaires de la moelle ;* par M. le Dr Martial Hublé (numéro de janvier). — 1re *observation* : Périencéphalite chronique. Foyers étendus de ramollissement cérébral occupant la zone rolandique du côté gauche (couches corticales motrices, couche optique, corps strié) ; dégénérescence secondaire descendante. Hémiplégie avec aphasie ; généralisation des phénomènes paralytiques, contractures tardives, sans troubles sensitivo-sensoriels.

2e *observation* : Athérome artériel généralisé. Ramollissement cérébral : 1° vaste foyer central à droite (corps calleux, noyau caudé, anse rolandique). Lésion dégénérative secondaire du pédoncule cérébral et du faisceau pyramidal correspondant ; hémiplégie motrice à gauche sans anesthésie ; contractures permanentes, etc. — 2° Foyer cortical du lobe frontal gauche, extension de la paralysie au côté droit du corps, aphasie, etc.

IV. — *Note sur un cas d'inversion du sens génital avec épilepsie* ; par M. Legrain, interne à Sainte-Anne (numéro de janvier). — Le malade est héréditaire et il présente des stigmates physiques et psychiques de dégénérescence. Dès son enfance, il se masturbe. Plus tard, il recherche les petits garçons plus jeunes que lui, il joue avec des poupées et a du plaisir à les fouetter. A la puberté, il éprouve de l'éloignement, du dégoût même pour les femmes. En revanche, il éprouve de l'amour pour les jeunes gens et, quand il le peut, il se livre avec eux à la pédérastie, mais il a toujours le rôle passif. Ces pratiques lui semblent très naturelles, et il ne s'en cache pas. L'épilepsie débute chez lui à dix-huit ans et, depuis lors, la névrose suit son cours sans influencer en rien le syndrome épisodique de la folie héréditaire.

V. — *Considérations cliniques à propos d'un cas d'aliénation mentale intimement liée à un abcès s'ouvrant par l'oreille externe gauche et reconnaissant comme influence pathogénique importante une fièvre saisonnière*, par M. le Dr Mairet, agrégé (numéro de mars). — Pendant le cours d'une fièvre saisonnière, un homme de vingt-sept ans, sans antécédents héréditaires,

consécutivement à une émotion morale assez vive, est pris d'un accès de folie, qui se traduit dans les premiers temps par des périodes d'agitation violente alternant avec des périodes de torpeur et par un ensemble de symptômes somatiques et psychiques qui rappellent ceux de la paralysie générale. Puis les symptômes somatiques disparaissent et il ne reste plus qu'une sorte de manie rémittente. Pendant le cours de l'aliénation mentale, apparaît au pourtour de l'oreille gauche un empâtement inflammatoire, qui aboutit à la formation d'un abcès qui s'ouvre par l'oreille externe. Le malade guérit complètement et, depuis quatre ans, il n'y a pas eu de rechute.

En discutant longuement ce cas, l'auteur y voit une folie de nature inflammatoire, se rattachant à une méningo-encéphalite qui a évolué vers la guérison. Il admet que l'affection mentale se lie intimement à l'abcès ouvert par l'oreille et qu'elle reconnaît la même cause que cet abcès et qu'enfin une influence pathogénique importante appartient à la fièvre saisonnière.

VI. — *Du tabes combiné (ataxo-spasmodique ou sclérose postéro-latérale de la moelle)*; par M. le professeur Grasset (de Montpellier) (numéros de mars, de mai et de juillet). — Ce très intéressant mémoire a pour but d'établir la réalité d'un nouveau type de sclérose chronique de la moelle. Il est basé sur trois observations personnelles et sur trente-trois observations recueillies dans les auteurs. L'auteur propose de l'appeler *tabes combiné (ataxo-spasmodique)*.

Ce syndrome n'est pas caractérisé par son étiologie, qui est commune avec celle des autres scléroses médullaires. Le fait d'être héréditaire ne la caractérise pas non plus, quoique beaucoup de cas de maladie de Friedreich lui appartiennent. — *Symptomatiquement*, le tabes ataxo-spasmodique est caractérisé par l'association des symptômes du tabes ataxique, des symptômes communs à tous les tabes (troubles céphaliques et mésocéphaliques). — *Anatomiquement*, il est caractérisé par une myélite chronique à siège spécial et constant. Cette sclérose occupe les cordons postérieurs et les cordons latéraux. Le tabes combiné a beaucoup d'indications communes avec l'ataxie locomotrice, mais il en a aussi de spéciales, ainsi l'emploi du bromure de sodium contre les contractures.

VII. — *Contribution à l'étude de l'hémianopsie centrale (Hémianopsie corticale)* ; par M. E.-C. Seguin (de New-York) (numéro de mars). — Travail important, dans lequel l'auteur a reproduit sommairement tous les cas suivis d'autopsie, d'hé-

mianopsie latérale connue (1), dues à des lésions situées dans les parties les plus reculées de l'appareil optique, depuis le premier centre optique (tubercules quadrijumeaux antérieurs, corps genouillés) jusqu'aux centres visuels de l'écorce. Ces cas sont au nombre de quarante-cinq.

Voici les données cliniques qui résultent de l'étude de ces quarante-cinq cas :

1° L'hémianopsie latérale indique toujours une lésion intra-crânienne du côté opposé à la portion du champ visuel obscurcie. — 2° L'hémianopsie latérale avec névrite du nerf optique, surtout s'il s'y joint des symptômes de lésions de la base, est due à l'altération d'une bandelette optique. — 3° L'hémianopsie latérale avec hémianesthésie et troubles ataxiques dans une moitié du corps, sans hémiplégie nette, est probablement due à la lésion de la partie postéro-latérale de la couche optique ou du faisceau postérieur de division de la capsule interne. — 4° L'hémianopsie latérale avec hémiplégie complète et hémianesthésie est probablement due à une lésion de la capsule interne, au niveau de son genou et de sa partie postérieure. — 5° L'hémianopsie latérale avec hémiplégie typique et aphasie, si c'est le côté droit qui est affecté, et peu ou pas d'anesthésie, est très certainement due à une lésion superficielle étendue à l'aire irriguée par l'artère cérébrale moyenne. — 6° L'hémianopsie latérale avec légère hémiparésie, surtout si elle est associée à un trouble quelconque du sens musculaire, serait probablement due à la lésion du lobule pariétal inférieur et du gyrus angulaire, avec la substance blanche sous-jacente pénétrant assez profondément pour comprimer le faisceau optique dans son trajet en arrière vers le centre visuel. — 7° L'hémianopsie latérale seule, sans troubles moteurs ni sensitifs, est due à la lésion du coin seul ou du coin et de la substance grise immédiatement environnante sur la face interne du lobe occipital, dans l'hémisphère opposé à la moitié du champ visuel obscurci.

VIII. — *Note pour servir à l'étude des relations et de l'influence réciproque de l'épilepsie ou de l'hystérie avec le rhumatisme articulaire aigu;* par M. Souza Leite, externe à la Salpê-

(1) L'hémianopsie est nasale, temporale ou latérale (droite ou gauche). Cette dernière forme, dans l'espèce, est seule intéressante, puisque l'auteur admet comme démontré que les deux premières sont dues à des lésions du chiasma.

trière (numéro de mars). — Deux observations, l'une de rhumatisme à récidives chez une épileptique, l'autre de rhumatisme chez une hystérique. — Dans les deux cas, on observa que les caractères arthritiques sont modifiés par la névrose, ou qu'au contraire la névrose est modifiée par les attaques d'épilepsie. Il y aurait une sorte d'antagonisme entre les manifestations arthritiques et nerveuses.

IX. — *Contribution à l'étude de la névrite segmentaire (altérations des nerfs dans un cas de paralysie diphthéritique)*; par MM. Pitres, professeur à la faculté de Bordeaux et Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce (numéro de mai). — MM. Pitres et Vaillard ont étudié les lésions de la névrite parenchymateuse dans un cas de paralysie diphtéritique, et ils ont constaté, contrairement à l'opinion généralement reçue, que la névrite segmentaire pouvait s'accompagner de la destruction complète de la myéline et du cylindre-axe, les parties de la fibre nerveuse situées au-dessous et au-dessus de la lésion restant saines, et *a fortiori*, les cellules des cornes antérieures de la moelle correspondantes au nerf observé. — M. Gombault a également décrit une névrite segmentaire, les parties sus et sous-adjacentes de la fibre restant normales; mais dans cette lésion, le cylindre-axe restait toujours indemne, la myéline seule disparaissait, il a appelé cette lésion : *névrite péri-axile*. — MM. Pitres et Vaillard, tout en reconnaissant que la névrite péri-axile existe, maintiennent l'existence de la névrite segmentaire, intéressant le cylindre-axe avec preuves à l'appui.

On comprend les conséquences de cette donnée originale. Les fibres nerveuses périphériques pouvant subsister, quoique séparées des cellules médullaires faisant fonction de centres trophiques, et ces mêmes fibres nerveuses complètement désorganisées par places, myéline et cylindre-axe pouvant se régénérer.

Cette note, au point de vue physiologique, est d'un immense intérêt.

X. — *De l'hypnotisme*; par le Dr E. Jendrassik, assistant de la première clinique médicale de Budapest (numéros de mai et de juillet). — Dans ce travail, l'auteur cherche à résoudre cette question : y a-t-il plusieurs formes de sommeil hypnotique, ou bien les expérimentateurs ont-ils une certaine influence sur cet état? — Et il opine pour la dernière supposition.

Il passe aussi en revue les différentes hypothèses faites sur

l'hypnotisme, et il croit que les phénomènes du sommeil hypnotique proviennent d'une fonction quelconque de la substance grise corticale. La cause prochaine de ces phénomènes réside dans la perte ou la diminution de l'association des différentes parties de l'écorce : « Le sommeil hypnotique est un état d'équilibre des fonctions de la substance corticale dans lequel on parvient, par des influences extérieures, à irriter partiellement l'écorce, une irritation ne s'étendant pas au delà des limites étroites, tout au plus sur les voies frayées par l'habitude et l'exercice. »

XI. — *Médecine légale. Rapport médico-légal sur Annette G... (Hystérie et morphinomanie)*; par MM. Charcot, Brouardel et Motet rapporteur (numéro de mai). — Une femme hystérique et morphinomane vole une couverture de lit dans la chambre meublée qu'elle habite, la porte au Mont-de-Piété et vend la reconnaissance.

Les experts établissent que le vol a été commis en plein désarroi intellectuel et moral, sous la pression de la misère et de la faim, et qu'il doit être considéré, non plus comme un acte librement exécuté, mais comme l'une de ces sollicitations instinctives qui ne trouvent pas, dans un esprit débilité par la maladie, le contre-poids de délibération et de résistance suffisante. La culpabilité disparaît devant l'état pathologique. Annette G... a été mise en liberté.

XII. — *Ramollissement des cornes occipitales dans l'épilepsie;* par M. G. Zohrab, interne des hôpitaux de Lyon (numéro de mai). — Quatre observations :

1° Hystéro-épilepsie à grandes crises, vertiges, incontinence d'urine dès l'enfance, asymétrie faciale, folie épileptique, manie religieuse, hallucinations. *Autopsie :* ramollissement de la substance blanche, entourant les deux cornes occipitales des deux ventricules latéraux.

2° Épilepsie essentielle à grandes crises. *Autopsie :* ramollissement de la corne occipitale gauche. Tumeur du cervelet.

3° Hémiplégie gauche, crises épileptiformes. *Autopsie :* ramollissement de la substance blanche, entourant le prolongement postérieur du ventricule droit latéral.

4° Hémiplégie gauche, crises épileptiformes. *Autopsie* : ramollissement de la substance blanche, entourant le prolongement postérieur du ventricule latéral droit.

L'auteur tire de ces observations les conclusions suivantes :

1° Il existe un certain nombre de cas d'épilepsie essentielle

ou symptomatique, accompagnée d'un ramollissement de la partie sous-épendymaire des cornes postérieures des ventricules latéraux.

2° Dans ces cas, les convulsions cloniques sont proportionnelles à l'étendue de la lésion et elles prédominent dans le côté du corps opposé à la lésion.

3° On peut supposer qu'il y a, dans cette partie de la substance blanche, une zone épileptogène.

XIII. — *De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques* ; par le Dr J. Babinski, chef de clinique de la Faculté à la Salpêtrière (numéros de juillet et de septembre). — Ce mémoire est basé sur quatre observations d'hystériques, atteints de paralysies et ensuite d'atrophie musculaire.

L'auteur prouve que les sujets étaient réellement des hystériques et que leurs paralysies étaient bien de nature hystérique. Étudiant ensuite spécialement le phénomène atrophie, il démontre que l'atrophie n'est pas le résultat d'un simple amaigrissement, mais qu'il y a véritablement amyotrophie.

L'atrophie musculaire hystérique est tantôt faible, tantôt considérable, sans qu'elle atteigne jamais pourtant le degré d'atrophie de la maladie Aran-Duchenne. L'excitabilité idio-musculaire est conservée, la contracture électrique est diminuée en proportion de l'atrophie, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence. L'atrophie peut prédominer dans l'un des segments du membre paralysé, mais dans chaque segment, elle envahit uniformément tous les muscles. Le début de l'atrophie est ordinairement rapide, puis arrivée à un certain degré, l'atrophie s'arrête, quoique la paralysie persiste.

XIV. — *Note sur les hémorragies cutanées par auto-suggestion;* par les Drs Mabille, directeur-médecin en chef de l'asile de Lafont et Ramadier, médecin-adjoint (numéro de juillet). — Le sujet de cette observation est le nommé Vivet, connu depuis longtemps dans les services de maladies mentales. Vivet, au cours d'une crise d'hystéro-épilepsie avec divers déroulements de la personnalité, s'hypnotise lui-même en se comprimant les yeux, en les ouvrant ensuite, etc., puis il dit : « Vivet, il y a quatre lettres à votre nom, cinq minutes après votre réveil, il faut que ça saigne à votre bras. » Et cinq minutes après, les stigmates auto-suggestionnés apparaissent sanglants. Dans le cours de la même crise, il se suggestionne la formation d'un A saignant sur son front; ce qui s'effectue. Quoique ces suggestions soient comme un réveil d'anciens sou-

venirs, les auteurs pensent que la volonté a dû cependant se manifester dans une certaine limite, parce que les hémorragies se sont produites en des points non encore choisis par les anciens expérimentateurs.

XV. — *De l'idiotie compliquée de cachexie pachydermique* (idiotie crétinoïde); par MM. Bourneville et P. Bricon (numéros de septembre et de novembre). — Ce travail a pour but de faire voir l'influence de l'absence ou de l'atrophie de la glande thyroïde sur la production du myxœdème. Il comprend deux parties : dans la première, les auteurs exposent toutes les observations d'idiotie avec cachexie pachydermique et ils notent que, chez tous les idiots crétinoïdes, l'absence ou l'atrophie de la glande thyroïde paraît constante. Les observations sont très détaillées et les autopsies sont relatées avec tous les détails désirables; les unes sont déjà connues et ont été publiées, les autres sont personnelles et sont originales.

Dans la seconde partie, on trouve les observations de myxœdème produit par l'ablation de la glande thyroïde. Dans ces dernières observations, on voit que l'état crétinoïde peut s'améliorer.

Enfin, à la fin du mémoire, les auteurs font une rapide revue des hypothèses sur le rôle physiologique de la glande thyroïde.

XVI. — *Cas de paralysie spinale ascendante aiguë (paralysie Landry) observé à la clinique thérapeutique du professeur Lachkewitch*; par M. Soudeykine, à Karkoff (numéro de septembre). — L'observation a ceci de remarquable que le sujet était déjà atteint d'une maladie chronique de la moelle, lorsqu'un processus aigu, consistant en une métamorphose dégénérative des éléments cellulaires de la moelle, l'emporta en neuf jours. La maladie chronique de la moelle consistait, elle, en pachyméningite chronique avec excroissances unies à l'arachnoïde et aux corps vertébraux, d'où faiblesse dans les jambes et douleurs fulgurantes pendant la vie.

XVII. — *Fait pour servir à l'histoire des localisations fonctionnelles du cerveau;* par M. E.-A. Homen, professeur agrégé d'anatomie à l'Université de Helsingfors (numéro de septembre). — Le malade, sujet de cette observation, présentait certains troubles psychiques, des symptômes d'aphasie et d'agraphie. Tous les symptômes s'amendèrent d'abord et disparurent ensuite. Donc pas d'autopsie, ce qui enlève beaucoup de valeur à ce travail.

XVIII. — *Quelques cas d'hystérie dans les troupes russes;*

par M. A.-J. Oseretzkowsky, de Moscou (numéro de novembre). — L'hystérie est loin d'être rare dans l'armée russe. L'auteur cite un certain nombre d'observations de soldats atteints d'hystéro-épilepsie, de paralysies et d'anesthésies hystériques, etc... Il s'étend un peu sur le diagnostic entre les formes paralytiques de l'hystérie et les lésions des centres cérébraux et médullaires à expression symptomatique paralytique.

XIX. — *Tentative de suicide par pendaison. Amnésie rétroactive, modification du délire;* par Ch. Féré et P. Bréda (numéro de novembre). — La malade était atteinte de délire mélancolique avec sentiment d'indignité et d'impuissance et tendance au suicide, plusieurs tentatives antérieures. Elle fait une dernière tentative à la Salpêtrière, elle se pend, mais on peut couper la corde avant qu'elle meure. Accidents consécutifs d'œdème de la glotte et de distension du plexus brachial, guérison. Amnésie rétroactive comprenant la tentative de suicide elle-même et tout le temps de sa préparation. Le délire, à la suite, s'est un peu modifié pendant quelques jours, mais d'une façon passagère.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *Outrage public à la pudeur. Condamnation. Appel. Confirmation;* par M. le Dr Motet (numéro de mars).—Il s'agit d'un rapport médico-légal de M. Motet sur l'état mental d'un nommé X..., poursuivi pour outrage public à la pudeur. Malgré les conclusions de M. Motet, X... fut condamné et sa condamnation confirmée en appel. Voici en quelques mots le résumé de cette affaire :

X..., âgé de trente-six ans, se trouvant seul dans un wagon, se mit à la portière, ses parties génitales à découvert, et conserva cette attitude pendant dix minutes environ. Or, il résulte de l'histoire médicale du sujet, qu'il était prédisposé héréditairement aux affections nerveuses, son père et sa mère étaient très névropathes et son fils avait même eu un accès de mélancolie hypocondriaque dans sa jeunesse. Chez ce prédisposé, après un traumatisme cérébral, s'est développé un état morbide constitué par des perversions du caractère, de l'abaissement de la mémoire, des accidents vertigineux épileptoïdes, une excitatation génésique excessive sous l'influence d'une irritation cérébro-spinale. Par accès, sont survenus, avec des troubles intellectuels transitoires, des impulsions irrésistibles. Les

actes commis pendant ces périodes d'accès sont tous sous la dépendance complète de l'impulsion morbide. X... est donc un malade irresponsable.

II. — *Morphinisme avec attaques hystéro-épileptiques causées par l'abstinence de la dose habituelle du poison, vol à l'étalage, rapport médico-légal;* par le Dr Paul Garnier (numéro d'avril). — Une femme morphinomane s'injectait environ 25 à 30 centigrammes de morphine par jour. Au début, elle fit les premières injections pour calmer des douleurs abdominales violentes, puis à la longue elle devient morphinomane. Un jour elle vola à l'étalage de grands magasins. Arrêtée, elle allégua un vertige qui l'avait rendue inconsciente et une tendance irrésistible à voler.

M. Garnier, chargé d'examiner l'état mental de cette femme, n'admet pas son irresponsabilité. Le morphinisme ne provoque pas la kleptomanie. Mais il admet que, sous l'influence d'un tempérament névropathique dont l'excitabilité première était encore accrue par l'empoisonnement morphinique, la force de résistance aux incitations instinctives était amoindrie chez le sujet dont la responsabilité était par suite atténuée dans une certaine mesure.

Pendant qu'elle était en prison préventive, cette morphinomane, privée de son excitant habituel, eut des attaques franches d'hystéro-épilepsie.

III. — *Des aberrations du sens génésique chez l'homme;* par M. le Dr Reuss (numéros d'août, de septembre et d'octobre). — M. Reuss n'étudie que les observations du sens génésique chez l'homme et il s'étend principalement sur la *pédérastie*, qu'il définit : un penchant qui pousse l'homme vers les personnes du même sexe. Il ne s'occupe pas de l'aberration analogue chez les femmes, le *saphisme*.

Ce que l'auteur tend surtout à établir, c'est que la pédérastie est « une maladie dont les manifestations indiquent presque toujours une anomalie des centres nerveux et une diminution de l'intelligence ».

La pédérastie se développe sous l'influence de causes très différentes et il est nécessaire d'en scinder l'étude, au point de vue clinique comme au point de vue étiologique, en plusieurs groupes très distincts les uns des autres.

Il faut d'abord établir deux grandes classes : 1° celle qui comprend les individus prédisposés dès leur enfance à des aberrations et en général à toutes les espèces d'affections ner-

veuses; 2° celle qui comprend les individus relativement sains et indemnes d'hérédité.

La première classe des aberrations héréditaires se divise en trois groupes :

Premier groupe.—La perversion se montre dès que s'éveille le sens génésique, elle atteint son maximum à l'époque de la puberté et de l'âge viril et elle persiste pendant le reste de la vie avec plus ou moins d'intensité. C'est le groupe des *perversions innées* du sens génésique.

Deuxème groupe. — La perversion apparaît de temps en temps sous forme d'accès, séparés par des périodes souvent très longues, pendant lesquelles les fonctions génitales restent normales. C'est la *perversion périodique.*

Troisième groupe. — Les perversions surviennent à la suite des manifestations de l'épilepsie. C'est la *perversion épileptique.*

La deuxième classe (aberrations acquises) se divise aussi en trois groupes.

Dans le premier, les aberrations sont dues à une mauvaise éducation ou à des exemples pernicieux. Dans le second, elles surviennent pendant la déchéance sénile, c'est la *perversion sénile.* Dans le troisième, elles se montrent pendant des affections organiques des centres nerveux, c'est la *perversion paralytique.*

Il n'est pas rare de voir ces types spéciaux se fondre, s'amalgamer, se compliquer de diverses manières, de façon à former une classe nouvelle.

On retrouve dans les chapitres consacrés à chacune de ces divisions, de nombreuses observations dues à des auteurs français : MM. Magnan, Charcot, Motet, Brouardel, etc.

M. Reuss dit que la pédérastie est plus répandue en Russie qu'ailleurs. A Saint-Pétersbourg, on paye un pédéraste passif le même prix qu'une femme publique, et les gens du peuple ne se montrent nullement offusqués par des propositions qu'on leur fait à l'occasion et qu'ils appellent des *jeux aristocratiques.* Ils acceptent ou déclinent l'honneur qu'on veut leur faire, mais ils ne songent nullement à avertir un agent de police.

Ce long mémoire se termine par un chapitre intitulé : *Applications médico-légales*, dans lequel les stigmates de la pédérastie passive sont décrits et discutés longuement.

IV. — *Le surmenage intellectuel*; par M. le Dr Du Claux (numéro de novembre). — Dans cet article, l'auteur reproduit les principaux passages du remarquable mémoire, sur le *surme-*

nage intellectuel, que M. Lagneau a lu à l'Institut et à l'Académie de médecine et il y ajoute quelques considérations tirées de ses souvenirs personnels.

V. — *Le viol dans l'hypnotisme*. Communication faite à la Société de médecine légale (séance du 2 août 1886); par M. le Dr Gilles de la Tourette (numéro de novembre). — Il y a trois états fondamentaux de l'hypnotisme, la léthargie, la catalepsie et le somnambulisme, tous trois caractérisés par des signes spéciaux qu'il est impossible de simuler. Au point de vue médico-légal, la catalepsie doit être rapprochée, d'une part à la léthargie, lorsque l'intelligence sommeille presque complètement, ce qui est fréquent, et d'autre part au somnambulisme, lorsque le cataleptique est suggestible.

Il y a, par suite, deux variétés de viols pendant le sommeil hypnotique, le viol en léthargie et le viol en somnambulisme. Dans les deux variétés, il y a oubli, au réveil, de ce qui s'est passé pendant le sommeil. Pourtant, si le viol a été commis pendant le somnambulisme, le souvenir peut en revenir pendant une seconde hypnotisation.

1° *Viols commis pendant l'état léthargique*. — Relation de cinq cas connus qui se rapportent tous à des hystériques. A côté de ces cas, il y a ceux de simulation. Le rôle de l'expert est alors fort délicat. Il lui faut tout d'abord s'assurer si le sujet est facilement hypnotisable et si on peut le mettre en léthargie.

2° *Viols pendant l'état somnambulique*. — L'attentat peut être commis avec violence, la femme en somnambulisme se défendant quand même. Il n'en existe, à la vérité, pas d'exemples authentiques dans la science.

L'attentat peut être consenti par le sujet. Les somnambules sont, on le sait, souvent très affectueuses pour celui qui vient de les endormir. C'est ainsi que les choses se passèrent dans le cas de Fidelia X... et de M. Azam.

L'auteur présente, à la fin de son travail, les conclusions suivantes :

Le viol n'est pas rare dans l'hypnotisme et dans les états analogues. Sa rareté est d'autant moindre que, par suite de l'oubli qui existe au réveil, il peut assez souvent passer inaperçu. Sa fréquence ne peut aller qu'en augmentant, par suite de la véritable « fièvre magnétique » qui sévit en ce moment et qui se traduit par des représentations théâtrales, par la formation de sociétés particulières, etc.

Enfin, à plusieurs reprises, il émet le regret qu'il n'existe aucun article dans notre Code, visant particulièrement le crime de viol sur les *inconscients* spontanés ou provoqués. Cette lacune ne se rencontre pas dans la plupart des législations étrangères.

VI. — *Troubles psychiques attribués à la morsure d'un chien supposé enragé* (séance du 2 août 1886, Société de médecine légale) (numéro de décembre). — Un individu est accusé d'un double assassinat. Il fait d'abord des aveux sur lesquels il ne tarde pas à revenir, affirmant qu'il ne se souvient de rien. Il prétend avoir, depuis qu'il a été mordu par un chien enragé, des pertes de mémoire, des moments d'absence, pendant lesquels il commet des actions dont il n'a pas conscience. Le Dr Barbot, de Jonzac, chargé d'examiner l'état mental de ce sujet, demande une consultation à la Société de médecine légale.

Une commission, composée de MM. Motet et Polaillon, est chargée de faire un rapport en réponse à la demande du Dr Barbot. Les conclusions de ce rapport sont qu'on ne doit, dans ce cas, rien conclure sans avoir examiné préalablement avec soin le prévenu qui semble avoir présenté des troubles cérébraux dès avant la morsure du chien enragé.

Progrès médical.

I. — *Note sur l'existence de l'ovarie dans la chorée de Sydenham;* par M. P. Marie, chef du laboratoire de la Salpêtrière (n° 3). — Chez trente-trois malades atteints, non de chorée hystérique, mais de véritable chorée de Sydenham, l'ovarie n'a manqué que neuf fois. Le côté où siège le point ovarien est toujours celui où ont débuté les mouvements anormaux.

II. — *Sur un cas de coxalgie hystérique de cause traumatique chez l'homme*; leçons de M. Charcot, recueillies par M. le Dr Marie, chef de clinique de la Faculté (nos 5, 8 et 9). — Un homme âgé de quarante-cinq ans, fort, bien constitué, non héréditaire, ancien zouave, présente depuis trois ans les symptômes ordinaires d'une coxalgie. L'affection est survenue à la suite d'un accident de machine, le sujet fut projeté en l'air à 2 ou 3 mètres de hauteur. M. Charcot établit le diagnostic de coxalgie *sine materia*, de coxalgie hystérique, et fait voir qu'il ne s'agit pas d'une arthrite scrofuleuse, en s'appuyant sur les signes établis par Brodie : la douleur dans la coxalgie hystérique occupe simultanément la peau de la hanche, du bas-

ventre et même de la fesse, tout en siégeant aussi sur les parties profondes. La température ne s'élève pas dans le membre malade. — Il y a des symptômes hystériques généraux, des troubles de la sensibilité.

Le sujet ayant été chloroformé, les muscles entrèrent en résolution et l'articulation devint mobile. Au réveil, la douleur reparut graduellement, des parties superficielles (peau) aux parties profondes (articulation). En étudiant la sensibilité générale, on trouve que le malade est hémianesthésique.

Le traitement consiste en *massage*. Amélioration.

A propos de ce cas, M. Charcot insiste sur la fréquence des paralysies et des contractures hystériques dans les accidents de machine et de chemins de fer.

III. — *Du mutisme hystérique*. Leçons de M. Charcot, par M. le Dr Cartaz, ancien interne des hôpitaux (nos 7, 9 et 10). — L'auteur relate vingt observations de mutisme hystérique et il fait voir qu'à peu de chose près, tous ces cas de mutisme sont identiques et présentent les caractères principaux suivants: début soudain, impossibilité de crier et de parler, conservation parfaite de l'intelligence, retour de la parole avec bégaiement pendant un certain temps.

Il est du reste facile de reproduire, par la suggestion hypnotique, le mutisme hystérique : On fait causer une malade, puis on lui dit : je n'entends plus... vous ne pouvez donc plus parler... Et au bout d'un certain temps, la malade est aphasique et aphone et si elle sait écrire, elle trace sur du papier : je ne peux plus parler. C'est la représentation exacte des troubles observés chez les malades qui font le sujet des observations.

IV. — *Paramyoclonus multiplex. Étude d'un trouble musculaire jusqu'à présent non décrit en France;* par M. P. Marie, chef de laboratoire adjoint à la Salpêtrière (nos 8 et 12). — M. Marie donne une observation originale prise dans le service de M. Charcot et il résume deux autres observations prises en Allemagne. De l'étude comparée de ces trois cas, il résulte que le paramyoclonus multiplex consiste en secousses présentant, par leurs caractères, un aspect spécial. Elles n'occupent qu'un certain nombre de muscles, aux extrémités supérieures et inférieures, et ne se montrent pas à la face. Le nombre des secousses est très variable; dans un cas, il y en avait 36 en 15 secondes, dans un autre, 5 à 10 par minute. La secousse est tantôt unique, tantôt agglomérée. Les secousses disparaissent pendant le sommeil et elles n'ont pas lieu pendant les mouvements vo-

lontaires. On peut les faire apparaître par des moyens artificiels : un courant d'air froid, la percussion du tendon rotulien.

Ces divers caractères rendent le diagnostic facile ; on ne peut guère, en effet, confondre cette affection avec la chorée. Ce qui la distingue du tic, c'est que les secousses ne se montrent jamais à la face et qu'elles cessent dans les mouvements volontaires.

V. — *Coxalgie hystérique. Service de Legrand du Saulle*; par M. E. Huet, interne des hôpitaux (n°s 17 et 19). — Cette observation est remarquable en ce que les stigmates hystériques n'apparurent qu'après le début de la coxalgie : hémianesthésie, hémoptysies, points douloureux, rétrécissement du champ visuel. Avant le traumatisme qui provoqua le développement de la coxalgie hystérique, la malade n'avait eu que des convulsions et des vertiges et on était tenté de la croire épileptique.

VI. — *Épilepsie à aura périphérique guérie après l'application de vésicatoires au-dessus du point de départ de l'aura*; par M. le Dr Paul Dignat, service de M. Pitres, hôpital Saint-André, de Bordeaux (n° 18).— *Observation :* Un homme de vingt et un ans, vigoureux, non syphilitique, est pris subitement d'un accès épileptiforme à aura motrice partant du pouce gauche. Pendant l'espace des dix-sept mois suivants, il a vingt et une attaques diurnes et un nombre indéterminé d'attaques nocturnes. Dans l'intervalle des attaques, il n'a ni hémiplégie, ni troubles de la sensibilité. Seul un point sur le trajet du nerf médian est douloureux à la pression. On applique sur ce point des vésicatoires volants. A partir de ce moment, les attaques ne se reproduisent plus. La guérison se maintient depuis vingt mois.

VII. — *Note relative à l'existence de la névrite segmentaire péri-axile. A propos d'un cas de paralysie diphtéritique*; par M. Gombault, médecin des hôpitaux (n° 23). — MM. Pitres et Vaillard ont décrit une lésion parenchymateuse des nerfs dans les paralysies diphtéritiques. Cette lésion consiste en la destruction concomitante de la myéline et du cylindre-axe (1). M. Gombault, sans nier cette lésion nouvelle, affirme que, dans sa préparation, le cylindre-axe n'est pas

(1) Le mémoire de MM. Pitres et Vaillard a paru dans les *Archives de neurologie*, 1886 (V. plus haut, p. 131).

détruit et que la myéline seule est dégénérée. C'est cette névrite qu'il a appelée péri-axile.

VIII. — *Tumeur du cervelet, néoformations de tissu nerveux dans le cervelet et la protubérance*; par M. Camescasse, interne des hôpitaux (nº 23). — L'examen microscopique fit voir que les tumeurs étaient constituées par du tissu nerveux nouveau (névroglie avec beaucoup de noyaux et de cellules araignées, quelques rares cellules nerveuses). La pie-mère recouvrait les tumeurs.

Les symptômes furent une faiblesse musculaire générale, une véritable parésie générale, et des pertes de connaissance intermittentes.

IX. — *Imbécillité et hémiplégie droite symptomatique de méningite tuberculeuse. Tuberculose généralisée, mal de Pott*; par MM. Bourneville et Pilliet (nº 27). — *Observation :* Père mort tuberculeux, oncle paternel paralysé, grand-père maternel, excès de boissons.

Enfant bien portant jusqu'à six ans; mauvais traitements; paralysie droite légère; affaiblissement de l'intelligence; gâtisme passager; amélioration; nouveaux accidents de méningite et de tuberculose pulmonaire; mort. — *Autopsie :* Méningite chronique tuberculeuse; nodules caséeux volumineux des méninges; tuberculose généralisée; mal de Pott au début.

Les nodules des méninges les plus volumineux, et qui semblaient les plus anciens, siégeaient au niveau de la scissure de Sylvius gauche, ce qui expliquerait la paralysie droite du début de l'affection.

X. — *Abcès du cerveau dans le cours d'une phtisie pulmonaire*; par M. le Dr Roussel, médecin de 1re classe de la marine (nº 29). — *Observation :* Dans le cours d'une tuberculose pulmonaire avancée, un malade est subitement atteint d'aphasie, d'hémiplégie droite avec secousses convulsives, accompagnée de mouvements de rotation de la tête et de déviation conjuguée des yeux. A l'autopsie, abcès volumineux au niveau des centres psycho-moteurs de l'hémisphère gauche, la tête et les yeux étaient déviés vers le côté paralysé. On sait que M. Grasset a fait remarquer que dans les lésions cérébrales, quand il y avait déviation conjuguée des yeux, ceux-ci regardaient du côté des membres convulsés, ou du côté de la lésion quand les membres étaient seulement paralysés.

XI. — *Idiotie complète symptomatique d'une atrophie cérébrale double*; par MM. Bourneville et Bricon (nº 34). —

Observation : Hérédité neuropathique double; pas de convulsions dans l'enfance; ophtalmie; strabisme divergent; balancement, grincements de dents, parole nulle, marche à quatre ans; salacité; gâtisme; accès de colère; recroquevillement des membres inférieurs; stomatite, escarres, bronchite, mort. — *Autopsie* : Perméabilité du trou de Botal; encéphale : destruction complète des lobes temporaux et occipitaux, des lobules de l'insula, remplacés par deux pseudo-kystes; pseudo-kystes plus petits sur les lobes frontaux; asymétrie et inégalité de poids des hémisphères; atrophie de certaines circonvolutions. Scissure transversale des frontales ascendantes.

XII. — *Lésions du plancher bulbaire et de l'aqueduc de Sylvius dans l'hémorragie cérébrale avec inondation des ventricules*; par M. L. Capitan, chef de clinique de la Faculté (n° 35). — Ce mémoire est bâti sur dix observations; en voici la conclusion : les lésions matérielles du plancher bulbaire sont presque la règle dans l'hémorragie cérébrale avec inondation ventriculaire, elles s'accompagnent de lésions de voisinage variées : distension ou même éclatement de l'aqueduc de Sylvius, attrition des parois ventriculaires, surtout près de son orifice supérieur.

XIII. — *Épilepsie idiopathique. Démence paralytique. Obstruction des voies respiratoires par des aliments. Cricotrachéotomie. Anciennes fractures des septièmes cartilages costaux*; par MM. Bourneville, P. Bricon et Courbarien (n°s 38, 39 et 40). — *Observation* : Premières convulsions à trois ans, convulsions quatre à six fois par an, jusqu'à six ans; rémission de huit ans; retour des accès à quatorze ans; affaiblissement de l'intelligence (vingt-neuf ans); idées religieuses, crucifiement, tentative de suicide; démence s'accentuant de plus en plus, gâtisme, embarras de la parole, etc.; asphyxie par bol alimentaire dans les voies respiratoires; trachéotomie; mort de broncho-pneumonie. — *Autopsie* : broncho-pneumonie; fracture double et symétrique des septièmes cartilages costaux; artère vertébrale droite de moitié plus petite que la gauche; pie-mère un peu épaissie sans adhérence; asymétrie des circonvolutions; scissure perpendiculaire externe simienne.

Il est à remarquer que les fractures des cartilages costaux sont assez rares. C'est la première fois qu'on signale une fracture symétrique des deux mêmes cartilages.

XIV. — *Sur la diathèse de contracture et en particulier*

sur la contracture produite chez les sujets hystériques (hommes et femmes) par l'application d'une ligature; par Paul Berbez (nº 4). — L'auteur expose que la contracture à l'état de veille est provoquée chez les hystériques par différents moyens : massage profond, percussion des tendons, etc., et surtout par l'application de la bande d'Esmarch. Ce n'est pas l'ischémie qui est la cause de la contracture, puisque, quand on prolonge l'ischémie en laissant la bande enroulée à la partie supérieure des membres, les muscles deviennent flasques au bout d'un certain temps.

XV. — *Cas de mutisme hystérique chez l'homme;* par M. Charcot. Leçon recueillie par M. Gilles de la Tourette (nº 46).— A propos d'un cas de mutisme hystérique, M. Charcot revient sur la description de ce syndrome, sur lequel il s'est déjà étendu dans plusieurs leçons publiées dans le *Progrès Médical*, de cette même année 1886 (nºs 7, 9 et 10), et que j'ai rapidement analysées plus haut. Il fait le diagnostic différentiel entre le mutisme hystérique et le mutisme symptomatique des affections bulbaires. Ce dernier s'accompagne de paralysie et d'atrophie de la langue, l'articulation des mots n'est pas complètement perdue, le malade peut encore prononcer des paroles indistinctes. Enfin il n'y a pas atrophie motrice pure comme dans l'hystérie, mais *anarthrie*, conséquence de la paralysie des mouvements généraux de la langue et des lèvres.

XVI. — *De la paralysie ourlienne;* leçon de M. A. Joffroy, recueillie par A. Gilbert, interne du service (nº 47). — Les oreillons peuvent être suivis de paralysie, à la façon de la diphtérie et des autres maladies infectieuses. Dans le cas relaté, la paralysie s'est montrée vingt et un jours après le début des oreillons. Elle a été précédée de douleurs lancinantes et de fourmillements. Elle s'est étendue des membres inférieurs aux membres supérieurs et s'est accompagnée de l'abolition des réflexes, de la suppression de la contractilité électrique, de quelques troubles sensitifs, cardiaques et vésicaux passagers, et enfin d'une albuminurie assez tenace. Elle s'est amendée progressivement et a guéri environ quatre mois après son apparition.

XVII. — *Recherches servant à établir que certaines manifestations hystériques peuvent être transférées d'un sujet à un autre sujet, sous l'influence de l'aimant.* — Communication faite à la Société de psychologie physiologique; par M. le Dr Babinski,

chef de clinique de la Faculté (n° 47). — Deux sujets peuvent jouer, au point de vue du transfert, l'une par rapport à l'autre, un rôle analogue à celui que joue, chez un seul sujet, un côté du corps par rapport au côté opposé. L'auteur a fait une série d'expériences très curieuses qui prouvent la réalité de cette donnée nouvelle. Les sujets sont placés à côté l'un de l'autre, il n'est pas nécessaire qu'ils se touchent. En approchant un aimant de l'un d'eux, on provoque le transfert des anesthésies, contractures, paralysies, etc., dont il est atteint pour le moment, sur l'autre sujet. On réussit aussi à provoquer le transfert d'un accident hystérique non provoqué, une paralysie hystérique spontanée ancienne, d'un individu qu'on n'a jamais hypnotisé, par exemple, sur un sujet hypnotisable; mais contrairement à ce qui a lieu quand on agit sur deux sujets hypnotisables et sur lesquels les phénomènes sont provoqués, l'accident hystérique ancien et spontané ne disparaît pas sur le malade. Il s'atténue cependant quelquefois; ce qui permet d'espérer la découverte d'un nouveau moyen de traitement des accidents hystériques spontanés, quand la question du transfert d'individu à individu sera mieux connue.

XVIII.— *De la température dans les accès isolés d'épilepsie;* par M. Bourneville (n°s 48 et 49). — M. Bourneville répond à un auteur allemand, M. Witkowski, qui prétend que les accès d'épilepsie isolés et même en série n'augmentent pas la température centrale de l'individu ou du moins ne l'augmentent qu'exceptionnellement.

Dès 1870, M. Bourneville a démontré que la température augmentait sous l'influence des attaques isolées d'épilepsie. La chose est si facile à vérifier qu'on ne peut que s'étonner de l'assertion de M. Witkowski.

L'auteur donne un tableau de 60 épileptiques avec les températures au moment de la période de stertor, un quart d'heure après l'accès et deux heures après l'accès. On voit, par ce tableau, que les accès isolés élèvent la température centrale de 1 dixième de degré à 1°,4 et que l'élévation de température est en moyenne de 5 à 6 dixièmes de degré.

XIX. — *Considérations générales sur la folie des héréditaires ou dégénérés;* par M. Magnan (n°s 51 et 52). — Dans ces deux leçons, M. Magnan résume en quelques mots ses idées sur la folie des héréditaires dégénérés et sur les syndromes épisodiques de la folie héréditaire. Il fait voir que son opinion sur ces sujets diffère peu et ne diffère même pas du

tout dans le fond de celles de MM. Bouchereau, Falret, Christian, Cotard.

Il dit à nouveau que le *délire émotif* de Morel n'est pas une entité, mais qu'il est constitué par la réunion d'un nombre plus ou moins grand de ces états d'angoisse qui ne sont que des syndromes épisodiques.

Enfin, contrairement à ce que disait Morel, il fait voir que l'hérédité similaire n'est pas rare, surtout quand il s'agit des syndromes épisodiques; ceux-ci sont particulièrement héréditaires avec leur forme propre, exemple, l'impulsion suicide.

Ce travail se termine par la relation de quatre observations de syndromes épisodiques ou multiples chez le même sujet et dont voici les sommaires :

1° Dégénérescence mentale, fugues, impulsions au suicide et à l'homicide. Peur de l'eau. Arithmomanie. Perversions sexuelles.

2° Débilité mentale. Impulsions à jeter; jette son enfant à terre.

3° Débilité mentale, mouvements irrésistibles. Impulsions à imiter les mouvements. Onanisme. Frigidité. Délire ambitieux.

4° Dégénérescence mentale. Coïncidence de nombreux syndromes (délire du toucher, folie du doute, agoraphobie, tics convulsifs, mouvements irrésistibles). Déséquilibration intellectuelle. Hérédité similaire. Délire du toucher chez la mère, tics chez les collatéraux.

L. CAMUSET.

BIBLIOGRAPHIE

Du traitement des aliénés dans les familles; par M. Ch. Féré, médecin de Bicêtre, 1 vol. in-18. Paris, Félix Alcan, 1889.

M. Féré a publié, sur l'anatomie du système nerveux, plusieurs travaux originaux; mais il a une prédilection particulière pour certaines parties des plus élevées de la neurologie, pour la psychologie principalement. Aujourd'hui cependant, quittant les hautes sphères de la spéculation scientifique, il traite une question modeste et exclusivement pratique, mais qui est l'une des plus importantes de notre spécialité, l'hospitalisation des aliénés dans les familles.

Ce genre d'hospitalisation n'est pas appliqué en France, quoiqu'il le soit, et non sans succès, dans des pays voisins et aussi aux États-Unis d'Amérique. M. Féré en signale les avantages, tant au point de vue du traitement des malades en lui-même qu'en celui des économies budgétaires qui résultent de son application. Il en signale également les inconvénients qu'il ne cherche pas à pallier. En le suivant dans ses différents chapitres, il semblerait, tout bien compté, que les premiers devraient l'emporter de beaucoup sur les seconds; il arrive cependant à des conclusions qui ne seront rejetées, je crois, par aucun médecin aliéniste. Je veux les reproduire de suite :

« Les avantages économiques du système familial adapté aux aliénés pauvres ne peuvent être maintenus qu'à la condition que ce système ne soit appliqué qu'à des aliénés incurables et inoffensifs pouvant vivre de la vie commune, et n'ayant aucun bénéfice à tirer de soins plus éclairés. Cette catégorie de malades est assez nombreuse dans les asiles, pour que l'application du système permette de réaliser des économies sérieuses, non seulement en diminuant les frais d'entretien des malades, mais encore en permettant d'éviter la nécessité de la construction de nouveaux asiles. »

Donc M. Féré n'admet, et à juste raison, le système familial que pour les aliénés chroniques et inoffensifs, et le grand, l'unique avantage même de l'application de ce système, réside, pour lui, dans la réalisation d'économies sérieuses.

Eh bien, il ne faudrait pas exagérer l'importance de ces économies. Et même, y aurait-il économie réelle à renvoyer des asiles les chroniques inoffensifs?

Ces aliénés chroniques sont presque tous des travailleurs, et sans leur secours les prix de journée dans nos asiles seraient bien supérieurs à ce qu'ils y sont réellement. Les asiles français, tels qu'ils sont installés de nos jours, possèdent presque tous des terres cultivables et des ateliers divers. Les produits de la culture d'une part, ceux du travail des ateliers d'autre part, forment des sommes importantes qui allègent d'autant les crédits alloués par les départements pour l'entretien de leurs aliénés indigents.

Il est bon peut-être de bien faire ressortir que l'asile d'aliénés français constitue une application, accidentelle sans doute plutôt que volontaire, mais enfin une application rigoureuse du socialisme communiste. Et non pas du socialisme d'Enfantin, mais du socialisme de Louis Blanc, c'est-à-dire du socialisme du Christ. « A chacun selon ses besoins; de chacun selon ses capacités. »

Le département donne un même prix de journée pour l'entretien de chacun de ses aliénés indigents. A l'asile, tous les aliénés sont traités selon leurs besoins, il en est même qui exigent beaucoup et dont l'entretien est onéreux; et ceux-là seuls qui peuvent produire produisent, et produisent proportionnellement à leurs capacités individuelles. Or, quels sont les aliénés qui peuvent produire? Ce sont justement ceux qu'on voudrait enlever à l'asile, les chroniques inoffensifs.

On voit donc que l'économie, si économie il y a, ne serait pas grande. En revanche, l'asile se rapprocherait davantage de l'hôpital. C'est là un point d'une importance extrême, et M. Féré a soin de le noter. Mais ne pourrait-on réserver une partie de l'asile actuel à l'hôpital et disposer l'autre partie en ce qu'on appelle en termes techniques des *quartiers de travailleurs?*

Quant à développer les asiles au point de vue scientifique, pour ma part, je m'associe de tout cœur à ce vœu de M. Féré. Mais est-ce en modifiant l'hospitalisation des malades qu'on arrivera à le réaliser? Il semble tout d'abord que le premier effet de la modification en question sera de rétrécir le champ d'observation clinique. Les chroniques incurables sont des sujets d'étude comme les autres aliénés, et on ne pourra plus les suivre. Ce que nous devrions surtout demander, nous autres

médecins d'asile, ce seraient des bibliothèques et des laboratoires, dont nos établissements sont pour ainsi dire dépourvus, ceux surtout qui sont les plus éloignés des Facultés et qui, de ce fait, devraient, au contraire, posséder le plus de ressources pour les recherches scientifiques. Comme le dit M. Féré, certains établissements modernes destinés à recevoir des aliénés prennent souvent l'aspect de palais. Cela sans profit aucun, ni pour lés malades, ni pour les médecins. Il faudrait un peu plus d'économie dans la construction de ces établissements somptueux et un peu plus de libéralité dans les dépenses purement scientifiques.

Cette digression devient un peu longue; revenons au livre si intéressant de M. Féré. Nous y trouvons d'abord un exposé de ce qu'il faut entendre par *isolement* et par *séquestration* des aliénés, deux choses bien différentes l'une de l'autre, mais qu'on confond forcément dans la pratique, quand on place indistinctement tous les aliénés dans les asiles. Puis une étude des différents systèmes d'isolement des aliénés, dans les asiles, dans les colonies autonomes ; là se trouvent l'historique et la description de Gheel et de Lierneux. Ensuite l'exposé du système écossais, l'isolement dans des familles étrangères, lequel système est imité avec succès depuis quelques années, aux États-Unis.

Dans une seconde partie, l'auteur étudie, avec une impartialité à laquelle on doit rendre hommage, les avantages et les inconvénients des différents systèmes d'isolement qu'il vient de passer en revue. Il indique les genres d'aliénés pour lesquels tel ou tel système est préférable, et enfin il arrive aux conclusions que j'ai reproduites plus haut.

Je dois signaler aussi quelques pages consacrées au traitement général des aliénés, à leur surveillance et aux soins spéciaux nécessaires à ces malades spéciaux.

En somme, ce petit livre est intéressant pour tous et utile surtout aux médecins qui n'ont pas l'habitude de la pratique des maladies mentales. Ils y trouveront de nombreuses et excellentes indications.

Notre savant confrère donne dans ce nouveau travail : *Le traitement des aliénés dans les familles*, la preuve qu'il peut traiter avec le même succès les points les plus pratiques de notre spécialité, et les questions les plus abstraites et les plus élevées de la neurologie. L. Camuset.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Leçons sur les maladies mentales; par le professeur B. Ball. 2ᵉ édit. 1 vol. in-8° de 1050 pages. Paris, Asselin et Houzeau, 1890.

— Le sommeil et le système nerveux. Physiologie de la veille et du sommeil; par S. Serguéyeff. 2 vol. in-8° de 800-961 pages. Paris, Fél. Alcan, 1890.

— L'hypnotisme. Ses rapports avec le droit et la thérapeutique. La suggestion mentale; par Albert Bonjean. 1 vol. in-8° de 316 pages. Paris, Félix Alcan, 1890.

— I piedi nei pazzi (Les pieds des aliénés); par les Drs Venturi Silvio et Pellegrini Romano, du Manicome de Catanzaro. Broch. in-8° de 11 pages. Extrait du *Giornale intern. delle scienze mediche*. Naples, 1890.

— Algisti ed algofili (Les habitués de la douleur et ceux qui l'aiment); par le professeur Silvio Venturi. Extrait des Actes du Congrès de Novare (1889). Broch. in-8° de 27 pages. Milan, 1890.

— Thirty second annual Report of the general Board of Commissionners in Lunacy for Scoltand (Trente-deuxième rapport annuel du Bureau général des Commissionners in Lunacy d'Ecosse). 1 vol. in-8° de 127 pages. Edimbourg, 1890.

— The time relations of mental phenomena (Les relations de temps des phénomènes mentaux); par Joseph Jastrow, professeur de psychologie à l'Université de Wisconsin. 1 vol. in-8° cart. à l'anglaise, de 60 pages. New-York, Hodges, 1890.

— L'hérédité morbide et la dégénérescence dans leurs rapports avec la responsabilité des actes ; par le Dr Victor Parant. Broch. in-8° de 31 pages. Extrait des *Mémoires de l'Académie des sciences, inscriptions et belles-lettres de Toulouse*. 1890.

— Asile d'aliénés d'Auxerre. Rapport médical pour l'année 1889 ; par le Dr Pichenot, médecin-adjoint. Brochure in-8° de 38 pages. Auxerre, 1890.

— Teratologia. Intorno ad un anomalia cranica non ancora descritta (Teratologie. Cas d'anomalie crânienne non encore décrite); par le prof. Luigi Frigerio. Broch. in-8°. Extrait du *Rendicanti* del R. Istituto Lombardo. Milan, 1890.

— Au pays des souvenirs; par le Dr Châtelain. 1 vol. in-12 de 379 pages avec illustrations de O. Huguenin. Paris, Grassart, 1891.

— La réforme de l'enseignement médical et des concours de médecine; par le Dr Henri Huchard, médecin de l'hôpital Bichat. Broch. in-8° de 47 pages. Paris, O. Berthier, 1890.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du* 8 *novembre* 1890 : M. le Dr Dubiau, directeur médecin de l'asile d'Armentières (Nord), est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin honoraire.

— *Arrêté du* 24 *novembre* 1890 : M. le Dr Rousset, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Robert (Isère), est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bron (Rhône) et maintenu à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du* 25 *novembre* 1890 : M. le Dr Maunier, médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var), est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er janvier 1891.

— *Arrêté du* 11 *décembre* 1890 : M. le Dr Dupain, ancien interne des asiles de la Seine, déclaré admissible aux emplois de médecin-adjoint à la suite du concours ouvert à Lille le 20 novembre 1890, est nommé médecin-adjoint à l'asile de Bailleul (Nord) et placé dans la 2e classe de son grade (2,400 fr.).

— *Arrêté du* 12 *décembre* 1890 : Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var), sont réunies à partir du 1er janvier 1891. — M. le Dr Maunier, médecin en chef, est nommé directeur-médecin de l'établissement.

— *Arrêté du* 19 *décembre* 1890 : M. le Dr Taguet, directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), est nommé directeur-médecin de l'asile d'Armentières (Nord), et maintenu à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.).

— *Arrêté du* 20 *décembre* 1890 : M. le Dr Chambard, médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), est nommé directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan) et maintenu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine a tenu sa séance publique annuelle le 16 décembre 1890, sous la présidence de M. Moutard-Martin.

Parmi les prix décernés, nous relevons ceux qui ont été accordés à des travaux sur la pathologie mentale et nerveuse :

Prix Civrieux. — 900 francs (annuel). — Question : *Des névrites.*

Un seul mémoire a concouru, il avait pour devise : « *Il arrive beaucoup de choses entre la bouche et le verre.* » L'Académie décerne le prix à l'auteur de ce travail, M. le D[r] L. Droz, de Le Locle (Suisse).

Prix Falret. — 1,000 francs (bisannuel). — Question : *Des folies diathésiques.*

Deux mémoires ont concouru. L'Académie décerne le prix au mémoire portant cette devise : « *La diathèse nous reste et nous y tenons.* » Les auteurs de ce travail sont MM. les D[rs] Mabille, directeur-médecin et E. Lallement, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Lafond (Charente-Inférieure).

Prix Ernest Godard. — 1,000 francs (annuel). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

Neuf ouvrages ont été soumis au concours. Parmi les récompenses décernées, se trouvent : 1° une récompense de 300 francs à M. le D[r] Julien Besançon, de Paris, pour son ouvrage intitulé : *D'une néphrite liée à l'aphasie artérielle*; 2° une mention honorable à M. le D[r] Eonnet, d'Auray (Morbihan), pour son mémoire intitulé : *Alcoolisme chez les jeunes femmes riches et bien élevées de nos campagnes de Bretagne.*

Prix Lefèvre. — 1,800 francs (triennal). — Question : *De la mélancolie.*

Quatre mémoires ont concouru. L'Académie partage le prix entre les auteurs suivants : 1° M. le D[r] J. Ramadier, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise), pour son mémoire portant cette devise :

Mais ce champ ne se peut tellement moissonner
Que les derniers venus n'y trouvent à glaner.

2° M. le D[r] Nicoulau, médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure). Epigraphe du mémoire : « *La mélancolie n'est pas la folie.* »

Dans la même séance, l'Académie a fait connaître les prix proposés pour les années 1891, 1892 et 1893. Les *Annales* ont déjà publié (V. numéros de janvier 1889, p. 169 et de janvier 1890, p. 169) les questions relatives à la pathologie mentale et nerveuse, proposées pour les deux premières années; voici celles proposées pour l'année 1893 :

Prix Civrieux. — 800 francs. — Question : *Des troubles de l'intelligence dans la fièvre typhoïde.*

Prix Lefèvre. — 1,800 francs. — Question : *De la mélancolie.*

NOTA. — Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours doivent être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

PRIX DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle le lundi 29 décembre 1890, sous la présidence de M. Hermite. Parmi les récompenses proclamées, nous relevons les suivantes, décernées à des travaux sur la physiologie et la pathologie du système nerveux :

Prix Montyon de médecine et de la chirurgie. — Une citation est accordée à M. le Dr PICHON, pour divers mémoires *sur les maladies de l'esprit, les morphinomanes, les persécuteurs et les persécutés.*

Prix Lallemand. — 1,800 francs. — Travaux relatifs au système nerveux. — Le prix est partagé entre :

1° Mme DÉJERINE-KLUMPKE, docteur en médecine, pour un travail intitulé : *Des Polynévrites en général et des paralysies et atrophies saturnines en particulier; étude clinique et anatomo-pathologique.* — 2° M. le Dr GEORGES GUINON, pour un mémoire intitulé : *Les Agents provocateurs de l'hystérie.*

Prix Bellion. — 1,400 francs. — Un encouragement de 500 francs est accordé à MM. A. MOREL-LAVALLÉE et BÉLIÈRES, pour un travail intitulé : *Syphilis et paralysie générale.*

LE MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (*suite*).

Un médecin d'asile tué par un aliéné. — Le dernier numéro de *The american Journal of insanity* (octobre 1890), annonce la mort du Dr GEORGE W. LLOYD, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Flatbush, qui, le 9 octobre, a été victime d'un ancien pensionnaire de cet asile. Le meurtrier, un nommé Dougherty, était un aliéné persécuté, très halluciné et fort excitable, qui, six semaines avant l'attentat, avait réussi à s'évader. Comme on le savait des plus dangereux, on avait immédiatement signalé son évasion à la police de Brooklyn ; mais celle-ci, paraît-il, s'en tourmenta peu et ne s'occupa guère de le rechercher. Un soir, vers six heures, Dougherty revint inopinément se présenter à l'asile, et, comme il en connaissait la

disposition, il va directement jusqu'à une salle où il espérait évidemment rencontrer le directeur, le Dr Fleming. Ses intentions étaient des plus menaçantes, car il avait à chaque main un revolver armé. En entrant, il demande avec arrogance : « Où est le Dr Fleming? » Le Dr Lloyd, qui se trouvait là avec deux autres personnes, lui répond doucement : « Il n'est pas ici, comme vous voyez. Il est peut-être dans l'asile. » A ce moment, Dougherty, qui s'était insensiblement approché du Dr Lloyd, lui décharge à bout portant deux coups de revolver, dont l'un atteignit en pleine poitrine la malheureuse victime, qui s'affaissa et expira presque instantanément. Au moment où il fut arrêté, le meurtrier proféra des menaces de mort contre trois autres médecins et contre d'autres personnes, qu'il avait, disait-il, l'intention de tuer.

Le Dr Lloyd, qu'une circonstance toute fortuite a fait tomber sous des coups qui ne lui étaient pas destinés, n'était âgé que de vingt-neuf ans. C'était un homme très estimé de ses confrères et de ceux avec qui il était en relation.

Un infirmier tué et un autre blessé par un aliéné. — On écrit de Limoges, en date du 31 octobre 1890, au *Journal des Débats* (numéro du 1er novembre 1890) :

« Un drame s'est déroulé cette nuit à l'asile des aliénés de Naugeat, près de Limoges. Le nommé Chabrier, interné de la veille à l'asile, s'est levé, la nuit, pendant le sommeil du gardien Thomas. Ayant fouillé dans la poche de ce dernier, il y a trouvé un couteau avec lequel il l'a tué, et a blessé un autre gardien, qui, attiré par le bruit de la lutte, portait secours à son camarade.

« Après avoir brisé la fenêtre, le fou a sauté sur la couverture en verre du préau, où il est resté plusieurs heures, brandissant un morceau de fer et brisant toutes les vitres de la couverture.

« Enfin, plusieurs gardiens ont pu, avec beaucoup de difficultés, monter sur le toit du préau et sont parvenus, au moyen de draps, à se rendre maîtres de l'aliéné. »

Le nouvel asile public d'aliénées de Chateau-Picon, a Bordeaux.

Le vieil asile des femmes aliénées a vécu. La ville de Bordeaux a repris possession de son immeuble et en a fait une école de médecine navale. Les malades ont laissé sans trop de regrets les locaux décrépits du cours Saint-Jean. Commencé le 27 juillet, leur exode a été terminé le 2 août. Elles sont installées aujourd'hui dans le nouvel établissement, où elles ont trouvé tout d'abord en abondance un air pur et de la lumière.

Construit sur l'emplacement de l'ancienne propriété de

Château-Picon, au quartier du Tondu, l'asile actuel occupe le versant d'une colline au bas de laquelle coule un ruisseau, le Peugue. Sur le versant opposé, à une certaine distance, l'œil découvre un ensemble de constructions de belle apparence. C'est le groupe hospitalier de Pellegrin, qui comprend les services de vieillards, de varioleux, la maternité. A proximité s'élèvera plus tard, dit-on, l'hôpital des vénériens et l'on aura très heureusement réuni en ce point de la banlieue, dans un périmètre peu étendu, tous les services suburbains de l'assistance publique.

L'asile de Château-Picon se compose de pavillons isolés, groupés de chaque côté d'une ligne d'axe sur laquelle sont échelonnés les services généraux. Sur cette ligne, on trouve successivement :

1° Le bâtiment d'administration comprenant les bureaux, le logement de la communauté, celui des internes, la pharmacie, la lingerie ;

2° La cuisine, remarquable par ses vastes proportions et l'ampleur de ses dépendances ;

3° Le pavillon des bains;

4° La chapelle, sous laquelle a été placée la salle des morts, l'amphithéâtre d'autopsies et un laboratoire d'études. Grâce à la forme déclive du terrain, ces divers services sont en rez-de-chaussée et l'on y accède par la colline.

5° La buanderie. Cette dernière construction s'élève sur les bords du Peugue, près de la limite nord de l'asile. Des dortoirs et des salles de jour y ont été aménagés. 60 aliénées environ pourront y trouver place.

Les logements des fonctionnaires (directeur, médecin en chef, receveur, économe) sont séparés de l'asile par des murs élevés. Ils occupent la ligne de façade, en avant et de chaque côté du bâtiment d'administration.

Sur les côtés de la cuisine vient s'amorcer, à droite et à gauche des services généraux, une galerie couverte, spacieuse, sur laquelle s'ouvrent les pavillons d'aliénées.

Lorsque l'asile sera terminé, il aura douze pavillons disposés par six de chaque côté de la ligne d'axe. Aujourd'hui, la dépense dépasse deux millions et huit pavillons seulement sont terminés et occupés par les malades. Il y en a quatre à deux étages, pouvant loger chacun 76 aliénées; deux à un étage, contenant chacun 54 lits. L'asile possède en outre un quartier de faibles de 30 places et un quartier cellulaire comprenant 15 cellules. En réservant les lits occupés par la surveillance, le nombre des places de l'asile actuel est de 500 environ.

Sauf le quartier cellulaire, tous les pavillons sont construits sur un type uniforme. Les préaux sont de même étendue.

Compris entre deux quartiers d'habitation, ils sont limités d'un seul côté par un saut de loup qui permet la vue de la campagne.

L'établissement est dans des conditions hygiéniques satisfaisantes.

Son altitude élevée le soustrait dans une grande mesure à l'influence du climat humide de la région. Sa façade principale est orientée au Sud-Est ; l'exposition des préaux, de l'Est à l'Ouest, est heureusement choisie. Les salles sont vastes, bien éclairées. L'eau, de bonne qualité, très sapide, est fournie en quantité suffisante par une source qui jaillit dans la propriété.

Il convient, cependant, de faire des réserves au sujet du système de vidanges qui fonctionne actuellement à Château-Picon. La vidange automatique y a été installée et c'est la première application qui soit faite, croyons-nous, à un asile d'aliénés, de cette voirie d'un nouveau genre qui a eu des fortunes diverses dans la pratique privée et dans les villes. Cette œuvre ne pourra être jugée que par ses résultats ; l'avenir nous éclairera sur ses mérites.

A 300 mètres de l'asile, s'élève le pensionnat. Il occupe la place même de l'ancien château. Il comprend un grand bâtiment destiné aux aliénés tranquilles et un quartier annexe pour les agitées et les faibles.

Le pensionnat tranquille est d'un aspect riant, placé entre un élégant parterre au Midi et un beau parc au Nord. Au rez-de-chaussée, trois salons ouvrent leurs portes sur une salle d'hiver très vaste, ornée de plantes. De l'autre côté, les fenêtres donnent la vue sur le parc. On trouve encore au rez-de-chaussée une salle à manger spacieuse, un dortoir de surveillance continue et une infirmerie pour la troisième classe de pensionnaires. Au premier étage sont les chambres des première et deuxième classes, où l'on a su concilier un confort remarquable avec les exigences de la sécurité. Les chambres donnent toutes sur un large vestibule, parfaitement éclairé, qui s'étend sur toute la longueur de l'étage.

Le pensionnat de troisième classe fait partie des constructions ajournées. Cette catégorie de malades jouit d'une installation provisoire, mais suffisamment bonne, à proximité du pensionnat actuel.

A l'ouest du bâtiment des tranquilles a été construit le quartier annexe. Il se compose de trois pavillons parallèles, séparés par des cours plantées d'arbres : l'un, simple rez-de-chaussée, pour les gâteuses; le second, à un étage de dortoirs, affecté aux agités ; enfin un pavillon de sept cellules. La disposition et l'orientation du quartier annexe l'isolent très heureusement du pensionnat tranquille.

La superficie totale de l'asile est de 21 hectares. Il est entouré d'excellents terrains offrant les ressources d'une exploitation agricole fructueuse. Les vignes de Chateau-Picon, qu'on a dû arracher pour bâtir, donnaient un vin très estimé dans le Bordelais. Dr PONS.

TRIBUNAUX.

Aliéné séquestré dans sa famille. Condamnation du père. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du 30 octobre 1890): « Deux fermiers aisés de la Creuse, les époux Bodeau, comparaissaient ces jours-ci devant le jury de Guéret pour avoir séquestré pendant près d'une année, dans un toit à porcs, leur fils Lucien Bodeau, devenu fou après avoir reçu une auge à plâtre sur la tête.

« Ce malheureux, enfermé dans un réduit de 1^{m},50 de large, vivait accroupi sur une couche de fumier, complètement nu, à part un lambeau de toile d'emballage tordu autour des reins. On avait bouché avec de la paille l'unique petite lucarne qui pût laisser filtrer un peu de lumière, et on lui faisait passer, de temps en temps, un peu de pain bis par une sorte de guichet immédiatement refermé. Bodeau père, par avarice, voulait, comme il l'a dit en propres termes, « le laisser là jusqu'à ce qu'il guérît ou *qu'il fît une fin.* »

« La comparution du pauvre fou à l'audience a soulevé une vive émotion.

« Forcé de se tenir pendant des mois replié sur lui-même, le malheureux a les membres inférieurs complètement ankylosés, et il ne peut plus marcher sans s'appuyer sur les mains.

« Le pauvre fou n'a pu répondre que par un rire hébété aux questions du président, qui l'a fait aussitôt reconduire à l'hôpital.

« Les jurés de la Creuse ont condamné le père à deux ans de prison.

« La mère, qui a une petite fille en bas âge, a été acquittée. »

Condamnation pour vagabondage d'une hystérique atteinte d'automatisme ambulatoire. — On lit dans le *Journal des Débats* (numéro du 7 décembre 1890) : « La Cour d'appel de Bourges avait à statuer jeudi sur un singulier cas de vagabondage. Mlle de La Nairy, âgée de vingt-huit ans et appartenant à une honorable famille, est atteinte de l'espèce d'hystérie dite « automatisme ambulatoire ». Sous le coup de cette maladie, elle se livre à des courses désordonnées en France et à l'étranger.

« Dernièrement, exténuée de fatigue, elle avait pris le train, sans s'être préalablement munie d'un billet, à une station com-

prise entre Bourges et Nevers. Arrêtée dans cette dernière ville et traduite devant le tribunal correctionnel, elle a été condamnée à un mois de prison pour vagabondage et à 25 francs d'amende pour contravention à la police des chemins de fer.

« Devant la Cour d'appel de Bourges, M[lle] de La Nairy a pu, par la production d'un certificat médico-légal, faire établir son irresponsabilité en matière de vagabondage. La Cour d'appel a, toutefois, maintenu l'amende de 25 francs infligée par le tribunal correctionnel pour circulation sans billet sur le chemin de fer.

« Une collecte a été faite à l'audience, à l'effet de permettre à cette hystérique de rejoindre sa famille. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

— On télégraphie de *Nîmes* au *Journal des Débats* (numéro du 12 décembre 1890) : « Une scène tragique a mis hier soir en émoi le quartier de la Mairie. Le nommé Moïse Volpelière, âgé de vingt-huit ans, dans un accès de folie, s'est précipité sur sa mère âgée de soixante-dix ans, l'a prise à bras le corps et l'a jetée dans le puits de la maison. Il s'est ensuite livré à une course folle à travers les corridors de la maison en criant : « Au secours! On a tué quelqu'un! »

« Aussitôt, les voisins accoururent; ils furent attirés vers le puits par les cris de la pauvre vieille. Grâce à l'arrivée de la police et des pompiers, on put installer une échelle dans le puits très profond, retirer la femme Volpelière à demi-asphyxiée et la ramener à la vie. Mais son état inspire les plus sérieuses inquiétudes.

« Volpelière fils a été aussitôt conduit devant le commissaire central qui a reconnu être en présence d'un aliéné. »

— *Bordeaux, le* 12 *décembre :* Ce soir, vers six heures et demie, un fou s'est précipité dans les bureaux de la *France du Sud-Ouest* à Bordeaux, frappant à l'aide d'un énorme bâton indistinctement tous les rédacteurs qui s'y trouvaient.

Un instant, le secrétaire de la rédaction est parvenu à le maîtriser, mais il a reçu à la main une blessure assez grave. On a pris alors le parti de l'enfermer dans la salle et d'aller chercher la police.

Le fou a tout cassé, les vitres, les becs de gaz, etc., et il a fait un feu où il a jeté les chapeaux, les livres, les dépêches et les cahiers qu'il a trouvés sur la table de rédaction.

En se débattant contre la police, ce fou criait : « Je suis Eyraud, et vous êtes Gabrielle Bompard, puisque vous la soutenez, vous aurez affaire à moi. »

— *Le Mans, le* 12 *décembre :* Un individu qui passe pour

fou a tiré trois coups de revolver sur M. Fossier, maire de Briosne. L'état de la victime est grave.

Faits divers.

Dépôt d'un projet de loi sur les aliénés, à la Chambre des députés. — Les journaux annoncent que M. Joseph Reinach doit déposer, à la Chambre des députés, une proposition de loi sur le régime des aliénés et l'abrogation de la loi du 30 juin 1838. Le député des Basses-Alpes reprendrait purement et simplement la proposition que Gambetta, en collaboration avec M. Magnin, déposa, le 11 mars 1870, au Corps législatif. On sait que la disposition principale de cette proposition est que nul ne pourrait être interné dans une maison d'aliénés, sans avis d'un jury spécial.

Nos lecteurs, curieux des exhumations historiques, pourront prendre connaissance de ce document dans les *Annales médico-psychologiques*, 1870, t. III, p. 533.

Médaille d'honneur décernée à un commissaire de police pour arrestation d'un aliéné. — Le 31 décembre 1890, M. Lozé, préfet de police, a distribué trente-sept médailles d'honneur à plusieurs secrétaires de commissariat, à des inspecteurs et des gardiens de la paix qui se sont signalés par des actes de bravoure ou qui ont opéré des sauvetages.

Au nombre des lauréats est un commissaire de police, M. Beynaguet, qui, dans une maison de l'avenue des Champs-Elysée, a opéré, au péril de sa vie, l'arrestation d'un fou furieux.

ENSEIGNEMENT.

Faculté de médecine de Paris. — *Clinique des maladies mentales* (asile Sainte-Anne). — M. le professeur B. Ball a commencé son cours de clinique des maladies mentales le dimanche 23 novembre 1890, à dix heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants, à la même heure.

Asile Sainte-Anne. — M. Magnan a repris, dans l'amphithéâtre de l'admission, ses leçons cliniques sur les *maladies nerveuses et mentales*, le dimanche, 9 novembre, à neuf heures et demie du matin et les continuera les dimanches et les mercredis suivants, à la même heure. Les conférences du mercredi seront consacrées à l'étude pratique du diagnostic de la folie. Les leçons auront particulièrement pour objet cette année *l'alcoolisme et son influence sur les maladies mentales.*

Hospice de la Salpêtrière. — MM. Joffroy et Jules Voisin, médecins de la Salpêtrière, ont commencé des confé-

rences sur les *maladies nerveuses et mentales*, le jeudi, 4 décembre 1890, à neuf heures trois quarts, au petit amphithéâtre de l'infirmerie, et les continueront les jeudis suivants, à la même heure.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. TH. RIBOT a repris son cours de *psychologie expérimentale et comparée*. Il étudie les lundis, à trois heures, les *idées générales et les signes;* les jeudis, à trois heures un quart, les *conditions physiologiques et psychologiques de la conscience.*

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — M. JULES SOURY, maître de conférences près la section des sciences historiques et philologiques, a repris son cours d'*histoire des doctrines psychologiques contemporaines*. Il fera en particulier celle des théories de la vision et de l'audition mentales, les lundis, à quatre heures et demie; il étudiera, chez Meynert, diverses questions de psychologie physiologique, les vendredis, à quatre heures et demie.

FACULTÉ DE DROIT DE PARIS. — M. le Dr PAUL DUBUISSON, médecin en chef à l'asile Sainte-Anne, commencera un cours libre de médecine légale le jeudi 8 janvier 1891, à quatre heures et demie, dans l'ancien amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les jeudis suivants à la même heure. Il traitera : des *caractères distinctifs de l'aliénation et de la criminalité.*

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Session de Lyon (1891).

Le Congrès annuel des médecins aliénistes de France et des pays de langue française se réunira à Lyon le lundi 3 août 1891.

Les questions du programme sont :

1° *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie générale.* — Rapporteur : M. le Dr BRUN.

2° *De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés persécuteurs.* — Rapporteur : M. le Dr COUTAGNE.

3° *De l'assistance des épileptiques.* — Rapporteur : M. le Dr LACOUR.

Les rapports sur ces questions seront envoyés à chaque membre adhérent un mois avant la réunion du Congrès.

Tout document concernant le Congrès doit être adressé au Dr Albert CARRIER, médecin des hôpitaux, rue Laurencin, 13, à Lyon.

MORT DE M. LE D[r] J. BAILLARGER

Les *Annales médico-psychologiques* viennent de faire une perte cruelle : leur fondateur, celui qui les a dirigées pendant quarante-huit ans avec tant de tact et un souci constant de progrès, notre cher et vénéré maître M. Baillarger est mort, le 31 décembre 1890, âgé de près de quatre-vingt-deux ans, laissant un nom honoré dans la science qu'il a enrichie de ses découvertes, et estimé de tous ceux qui l'ont connu, pour l'honorabilité de sa vie, l'élévation de son caractère et son amour du bien.

Né le 25 mars 1809 à Montbazon (Indre-et-Loire), M. Baillarger commença ses études médicales à l'École de médecine de Tours et vint les terminer à Paris. Après avoir été reçu externe des hôpitaux, il fut, sur la recommandation d'un de ses chefs de service, nommé par Esquirol élève externe en médecine à la Maison de Charenton et entra en fonctions le 9 novembre 1830. Deux ans après, en juillet 1832, il devint interne.

Sa voie était trouvée. Sous la direction de son illustre maître, il prit cette habitude de l'observation de l'aliéné qu'Esquirol possédait au plus haut degré. A l'école de ce clinicien incomparable, il n'apprit pas seulement à observer l'aliéné, mais aussi à l'aimer, à s'intéresser à lui, à rechercher ce qui peut améliorer son sort si misérable, à le guérir, et, une fois guéri, à lui épargner des rechutes souvent inévitables par suite des soucis de l'existence.

M. Baillarger a conservé toute sa vie la forte empreinte de l'enseignement de son premier maître ; il lui en garda toujours une profonde reconnaissance, et dans une occasion solennelle, — à l'inauguration de la statue d'Esquirol, à la Maison de Charenton, — il exprima avec une éloquence émue ses sentiments pour celui qui avait guidé ses premiers pas dans la science. Fait curieux, les traits principaux du portrait qu'il traça de son maître sont aussi ceux qui le caractérisent lui-même. Comme Esquirol, M. Baillarger « ne portait « dans ses études d'autre passion que celle de la vérité, « et sa vie tout entière a été consacrée à l'observa- « tion ». C'est cette observation constante, mais aussi d'une rare sagacité, qui lui permit de faire ses nombreuses découvertes en médecine mentale.

Ses premiers travaux furent des recherches anatomiques et anatomo-pathologiques. Durant son internat, il réunit un certain nombre de faits tendant à prouver que les hémorragies, placées par Rostan, Cruveilhier et autres, entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde, siègent en réalité dans la grande cavité de l'arachnoïde, et il en fit le sujet d'une communication à la Société anatomique, en 1833. Donnant à cette question plus d'extension, en ajoutant de nouveaux faits à ceux déjà publiés et en soumettant les opinions de ses prédécesseurs à une critique judicieuse, il trouva matière à une thèse originale, intitulée : « Du siège de quelques hémorragies méningées », qu'il soutint en 1837.

Trois ans après, à la suite d'un brillant concours où il fut nommé le premier avec Trélat, Moreau (de Tours), Archambault, il obtint l'un des services d'aliénés de la Salpêtrière. En 1843, il fondait les *Annales médico-psychologiques*, et presque en même temps, il devint l'un des médecins-propriétaires de la Maison de santé d'Ivry, fondée par son maître Esquirol.

Travailleur infatigable, M. Baillarger possédait un vaste champ d'observation; il sut le faire fructifier. Aussi il n'est pas une année qui ne soit depuis lors marquée par la publication d'un travail, toujours original, élucidant un point quelconque de la médecine mentale ou apportant une pierre nouvelle à l'édifice de la science. Ce n'est pas le lieu de passer en revue tout l'œuvre scientifique du maître; il est d'ailleurs connu de nos lecteurs. Mais il importe d'en faire connaître les travaux les plus saillants.

Et d'abord, en anatomie du système nerveux, qui ne connaît ses recherches capitales sur la structure de la couche corticale des circonvolutions cérébrales, sur le mode de formation du cerveau et sur l'étendue de la surface de cet organe et de ses rapports avec le développement de l'intelligence — recherches qui furent ses principaux titres pour être nommé, en 1847, membre de l'Académie de médecine, dans la section d'anatomie et de physiologie? Il n'est pas un médecin qui ne connaisse la *mélancolie avec stupeur* et la *folie à double forme*, qu'il a si nettement distinguées des autres formes de folie et dont il a donné une description magistrale, à laquelle on a peu ajouté depuis lui. — Ces questions, aujourd'hui si controversées, de la folie héréditaire, de la folie avec conscience, des obsessions mentales, M. Baillarger les avait étudiées dans des mémoires où se trouvent en germe les théories actuelles. Qu'on relise à ce point de vue les pages qu'il a consacrées à l'*influence de la puberté sur la production de la monomanie avec conscience*, et son travail intitulé : *Quelques considérations sur la monomanie.* — Mais une question à laquelle son nom restera attaché, est celle des *hallucinations*, ce symptôme morbide si important en pathologie mentale, que, le premier, Esquirol a si nettement distingué des *illusions*. Dès 1842, il communiqua à l'Académie un

mémoire très important, d'une observation clinique très pénétrante, sur l'*influence de l'état intermédiaire à la veille et au sommeil sur la production et la marche des hallucinations*. Deux ans après, il obtint le prix Civrieux pour un travail sur les *hallucinations, les causes qui les produisent et les maladies qu'elles caractérisent*. De ce travail, M. Baillarger n'a publié qu'une partie, celle qui a rapport à la physiologie des hallucinations. C'est une œuvre des plus remarquables, où l'on ne sait ce qu'il faut admirer le plus, de la pénétration de l'analyse ou de la clarté de l'exposition. Si les médecins aliénistes ont beaucoup étudié ces pages si suggestives, les psychologues y ont de leur côté largement puisé, et en particulier ceux de la nouvelle école, de la psychologie expérimentale, tels que Taine, Ribot, etc. En faisant œuvre de clinicien sagace et consciencieux, le médecin de la Salpêtrière a apporté d'importants matériaux pour l'édification de la psychologie scientifique. — A côté de ces recherches sur les hallucinations, il faut faire une mention spéciale de sa *théorie de l'automatisme*, dont aliénistes et psychologues se sont beaucoup inspirés dans leurs travaux.

Le problème de médecine mentale que M. Baillarger a creusé avec le plus d'ardeur et de succès, qui l'a préoccupé jusque dans les dernières années de sa longue existence, est celui de la paralysie générale. Il est impossible de lire un ouvrage sur cette maladie sans trouver à chaque page des indications de ses travaux ; que de faits il a élucidés, que de symptômes il a découverts, que d'idées il a semées, qui, tous, nous permettent de nous rendre un compte plus exact de cette terrible maladie qui fait aujourd'hui de si nombreuses victimes ! Ne pouvant tout citer, il importe cependant de rappeler les découvertes essentielles : au point de vue clinique, le délire hypocondriaque et l'inégalité des pupilles con-

sidérées comme symptômes et comme signes précurseurs de la paralysie générale, l'ataxie locomotrice dans ses rapports avec cette maladie, enfin la paralysie générale pellagreuse ; au point de vue anatomo-pathologique, la sclérose de la substance blanche superficielle du cerveau des paralytiques généraux, une autre altération de cet organe caractérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions, enfin la coloration ardoisée du cerveau et de ses rapports avec les escarres du sacrum ; au point de vue de la doctrine, la théorie dualiste de la paralysie générale qu'il défendait avec la plus grande chaleur, au service de laquelle il apportait de nombreux faits en même temps qu'une dialectique très serrée.

Dans cette énumération, un peu trop rapide à notre gré, de l'œuvre de notre regretté maître, nous ne saurions passer sous silence ses recherches sur le crétinisme. On sait que M. Baillarger faisait partie de la commission nommée en 1861 par le ministre du commerce pour étudier cette forme de dégénérescence dans notre pays ; ses travaux antérieurs le désignaient comme rapporteur. Son rapport très étudié, très documenté, est certes ce qui a été publié de plus complet sur la question et sera toujours consulté avec fruit.

Ce qui frappe dans l'œuvre scientifique dont nous ne pouvons donner ici qu'une faible idée, c'est d'une part, la rigueur et l'exactitude dans l'observation, et, d'autre part, la clarté d'exposition simple et lumineuse. Et cependant il s'agit de sujets très complexes, prêtant aisément aux généralités, au vague dans l'expression, aux subtilités métaphysiques. L'esprit net et précis de M. Baillarger était fait pour porter la lumière sur ces questions si délicates ; c'était la caractéristique de son talent auquel s'applique si justement cette pensée de Sophie Germain : « La grande supériorité n'est que le

« moyen de considérer les choses difficiles sous un
« point de vue où elles deviennent faciles, où l'esprit
« les embrasse et les suit sans efforts. »

Cette clarté d'exposition que nous apprécions tant dans ses écrits, était aussi vivement goûtée dans son enseignement oral. Pendant plus de vingt ans, il vit accourir à ses leçons de la Salpêtrière de nombreux auditeurs, avides d'entendre sa parole et de s'instruire dans une branche de la médecine que l'enseignement officiel semblait encore ignorer.

Durant plus d'un demi-siècle d'activité intellectuelle et d'incessant labeur, M. Baillarger a beaucoup écrit, et ses œuvres, qu'il a récemment recueillies et publiées, sur l'instance de ses amis et de ses élèves, forment deux volumes compacts, dont notre savant collaborateur, M. L. Camuset, a récemment rendu compte dans les *Annales* (numéro de septembre 1890, p. 307). Mais, comme Esquirol, il n'a pas seulement beaucoup écrit :
« il a été un praticien d'une grande habileté et d'une
« remarquable sûreté de jugement. Personne mieux que
« lui ne savait prendre sur les malades une influence
« rapide et sûre; personne n'avait à un plus haut degré
« le talent de s'emparer de leur confiance. ».

Chez lui, le cœur était à la hauteur de l'intelligence ; il aimait à faire le bien. Les généreux sentiments ne sont-ils pas inspirateurs des bonnes pensées et des nobles actions ? Aussi que d'infortunes il a soulagées ! que de faits nous pourrions citer et qui sont arrivés à notre connaissance par voie indirecte, car jamais, quelque intime qu'on fût avec lui, il ne mettait personne dans l'intimité de ses bienfaits !

Il avait au plus haut point le sentiment de la solidarité professionnelle ; il considérait comme un devoir de la famille médicale de venir au secours d'un de ses membres en détresse. S'inspirant de cette idée généreuse, il

fonda l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France. Grâce à son activité infatigable, grâce à son nom justement aimé et vénéré, grâce aussi à cette contagion du bien, qui caractérise la nature humaine, M. Baillarger put grouper autour de lui tous ses collègues des asiles d'aliénés ; et depuis un quart de siècle que cette Association est fondée, elle a marqué chaque année de son existence par de nombreux bienfaits.

A l'exemple de son illustre maître, M. Baillarger aimait à s'entourer d'élèves. S'il a contribué aux progrès de la science par ses travaux, par son enseignement de la Salpêtrière et par la fondation de la Société médico-psychologique, il savait aussi entretenir parmi ses disciples une activité féconde. « Il leur indiquait des sujets « de recherches, les aidait de ses conseils, les soutenait « contre les difficultés. » Jusque dans les dernières années de sa vie, il appelait à lui les jeunes, leur communiquait son amour pour la science, pour l'observation clinique, pour les recherches désintéressées. Contrairement à ce qui se passe d'habitude, il ne regardait guère en arrière ; beaucoup a déjà été fait, aimait-il à répéter, mais beaucoup reste à faire. Dans son ardent amour du progrès, il nous faisait entrevoir ce que l'avenir promet pour l'amélioration de l'assistance publique des aliénés, pour la thérapeutique des maladies mentales, etc., sa conversation ne tarissait pas sur de tels sujets.

M. Baillarger était un vieillard fin et spirituel, ayant conservé tout l'enthousiasme de la jeunesse pour les problèmes scientifiques et professionnels ; son enthousiasme était communicatif et il n'est personne qui ne se sentît plus d'ardeur pour le travail après l'avoir entendu. Il conserva cette activité intellectuelle et même sa mémoire jusqu'au dernier jour de sa longue et heureuse existence. Tous ceux qui l'entouraient l'estimaient et l'aimaient; sa nombreuse famille, ses amis, ses disciples,

en voyant son intelligence toujours en éveil, si vive et si pénétrante, lui promettaient encore de longs jours, lorsque le 31 décembre 1890, au soir, après une indisposition qui semblait guérie, il s'éteignit sans agonie. Cette fin que rien n'a troublée a été vraiment, comme dit le poète, le soir d'un beau jour. Dr Ant. RITTI.

Les obsèques de M. Baillarger ont eu lieu le dimanche 4 janvier 1891, au milieu d'une affluence considérable de médecins. L'Académie de médecine était officiellement représentée par M. Tarnier, son président; par son secrétaire perpétuel, M. Bergeron; par son secrétaire annuel, M. Féréol, et par tous les membres de la section d'anatomie et de physiologie, dont M. Baillarger faisait partie. La Société médico-psychologique y était au grand complet; un certain nombre de nos collègues de province étaient venus pour rendre un dernier hommage à l'homme charitable et bienfaisant, au savant éminent qui, à tant de titres, honore notre spécialité.

Sur sa tombe, trois discours ont été prononcés : par M. François-Franck, au nom de l'Académie de médecine; par M. Blanche, vice-président de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, et par M. Bouchereau, président de la Société médico-psychologique, au nom de cette Société.

Voici ces trois discours :

Discours de M. le Dr François-Franck, au nom de l'Académie de médecine.

MESSIEURS,

Le Dr Baillarger (Jules-Gabriel-François), né le 26 mars 1809 à Montbazon (Indre-et-Loire), s'est éteint doucement, sans agonie, le 31 décembre 1890, entouré des siens, assisté à sa dernière heure par son ami dévoué, le professeur Potain.

L'Académie de médecine, au nom de laquelle j'ai le triste honneur de venir rendre un dernier hommage à notre vénéré collègue, perd en lui son doyen de promotion, le président qui dirigea ses travaux avec tant de tact et d'autorité en 1878, le membre toujours actif qui, depuis quarante années, venait siéger au milieu de ses collègues, entouré de leur affectueuse déférence.

Je laisse à une voix plus autorisée le soin d'apprécier les travaux du médecin aliéniste ; — j'essaierai seulement de retracer en quelques traits la vie si bien remplie du membre de l'Académie, de l'homme infatigable dont l'intelligence a conservé, par un privilège rare, toute son intégrité jusqu'à la fin d'une longue et laborieuse carrière.

Baillarger, messieurs, n'a pas subi les hésitations si fréquentes parmi nous : d'emblée, il a appliqué à l'étude de l'aliénation mentale dans laquelle il devait s'illustrer, les qualités de son esprit si précis, si judicieux, cette pénétration qui constitue le caractère essentiel de son talent.

C'est Esquirol qui le poussa dans cette voie, et l'élève s'est plu, dans le discours qu'il prononça à l'inauguration du monument du maître, à rendre un juste hommage au savant aliéniste dont il était devenu l'ami.

Un hasard heureux l'avait amené comme interne dans le service d'Esquirol à l'asile de Charenton; toute sa carrière a dépendu de cette circonstance fortuite.

Il s'attacha d'abord à l'étude des hémorragies méningées, dont il fit, en 1837, l'objet de sa thèse inaugurale.

Trois ans après sa réception au doctorat, il est nommé au concours médecin de la Salpêtrière, et là, pendant vingt ans, il fait des conférences auxquelles se pressent les auditeurs attirés par le charme de sa parole, retenus par la valeur de ses leçons. A cette source féconde de la Salpêtrière, il puise les éléments des travaux dont l'Académie a eu la primeur et qui ont justement établi sa renommée. Une autre mine de documents lui était ouverte à la maison de santé d'Ivry, où Esquirol se l'était adjoint tout d'abord et qu'il dirigea plus tard avec Moreau (de Tours).

Des innombrables observations recueillies tant à la Salpêtrière qu'à Ivry et dans sa consultation privée,

Baillarger tira ses ouvrages, restés classiques, sur la paralysie générale, ses signes prémonitoires, ses formes multiples, sur les hallucinations psychiques et psycho-sensorielles, sur la mélancolie avec stupeur, la folie à double forme, le goitre et le crétinisme.

Non content d'observer dans le milieu parisien, il allait au loin chercher ses documents, étudier, par exemple, les rapports du goitre et du crétinisme dans le Valais, dans le sud-est de la France. Ces études n'allaient pas sans mécomptes : on raconte que le soin extrême avec lequel il mesurait le crâne des enfants crétins et goitreux éveilla l'inquiétude des paysans que ne touchait guère la sollicitude du savant ; et bientôt les petits malades furent soustraits à des examens qui parurent cacher quelque maléfice.

L'Académie de médecine ouvrit ses portes à Baillarger en 1847 après avoir apprécié et honoré d'un prix le candidat qui lui avait successivement soumis, en 1840, son mémoire si connu sur la *Structure de la couche corticale du cerveau;* en 1846, son travail sur les *Hallucinations;* en 1847, son étude sur la *Paralysie pellagreuse*.

Il succéda à Ribes, Ollivier (d'Angers) et Breschet, selon l'usage encore en vigueur jusqu'en 1856, qui n'autorisait qu'une nomination sur trois extinctions. Son nom clôt la série des nominations faites directement par l'Académie.

Après trente ans d'une participation active aux travaux de la Compagnie, il reçoit de ses pairs la distinction si justement ambitionnée : il est élevé à la présidence en 1878. Là se manifestent, sous une forme nouvelle, la précision de son jugement, la vivacité de son esprit et l'aménité de son caractère ; puis, il rentre modestement dans le rang des simples académiciens, fidèle, autant que le lui permet sa santé depuis longtemps délicate, aux séances du mardi. On l'y voyait récemment encore, entouré de l'affectueux respect de ses collègues, venir prendre sa place au fauteuil qu'il avait si longtemps et si glorieusement occupé.

C'est à Baillarger qu'on doit la fondation de la Société médico-psychologique et celle des *Annales médico-psychologiques* qui formèrent l'organe de la Société, en même temps qu'un recueil précieux où se sont centralisés

depuis un grand nombre d'années les documents relatifs à l'aliénation mentale.

C'est dans ce recueil, c'est dans le *Bulletin de l'Académie*, qu'il eût fallu aller rechercher les travaux épars de Baillarger, si le savant aliéniste n'eût cédé aux sollicitations de ses amis et réuni en deux volumes cette longue série d'études, l'année même de sa mort.

D'autres analyseront, mieux que je ne le saurais faire, ces travaux dont j'ai seulement rappelé les principaux, me bornant à montrer l'inépuisable activité du collègue vénéré que nous avons perdu.

Que dire de l'homme privé qui ne soit bien connu de tous ceux qui l'ont approché et de nos collègues parmi lesquels il comptait tant d'amis? Rappeler ses vertus domestiques, la droiture de son caractère, son commerce toujours sûr, sa bienveillance inaltérable?

Chacun de nous est fixé sur ces points. Ce que l'on sait moins (car les faits remontent déjà à bien des années), c'est que, justement préoccupé pour ses confrères des difficultés matérielles de la vie, il a fondé l'Association mutuelle des médecins aliénistes, œuvre à laquelle il s'est voué et a apporté un précieux concours; — c'est qu'en 1849, alors qu'il était médecin de la Salpêtrière où le choléra fit les ravages qu'on n'a point oubliés, il sauva la vie de Trélat père, en le transportant, presque malgré lui, à sa maison de santé d'Ivry jusqu'alors indemne, sans souci des observations intéressées, et avec le concours de sa famille aussi dévouée que lui; — ce qu'on a peut-être oublié aussi, c'est qu'en 1870, n'ayant pas encore atteint la limite d'âge et voulant faire place aux jeunes, il venait de résigner ses fonctions de médecin d'hôpital et de se retirer à la campagne, quand eut lieu l'investissement de Paris: sans hésiter, Baillarger revint s'enfermer dans Paris et reprit son service jusqu'à la paix.

Mais ce que l'on ne sait sûrement pas et ce que la famille me pardonnera de révéler ici, ce qu'elle a elle-même ignoré jusqu'à la mort de Baillarger, c'est la longue liste des charités qu'il dissimulait avec le même soin que tant d'autres apportent à les étaler, et, détail touchant, les dons les plus importants qu'il fit, il les

adressa à des établissements charitables sous le couvert de ses enfants (1).

Telle est, messieurs, bien incomplètement retracée, la vie de l'académicien, tels sont les titres principaux du confrère à nos regrets unanimes.

Puisse sa famille trouver quelque consolation dans l'expression de ces regrets, qui associent notre douleur à la sienne.

Discours de M. le Dr Blanche, au nom de l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France.

Vous venez d'entendre l'éloge du médecin, du savant; je vais maintenant vous parler de l'homme. Je serai bref, quoiqu'il y ait beaucoup à dire; mais M. Baillarger était d'une modestie sincère, et je veux respecter ce sentiment si rare.

Toute sa vie, d'ailleurs, peut se résumer ainsi : travail et charité. Travail : vous connaissez son œuvre, dont on peut dire qu'il est considérable. Charité : vous savez moins comme il était bon, car s'il songeait constamment à faire le bien, il songeait tout autant à cacher le bien qu'il faisait. La liste serait longue de toutes les infortunes qu'il a soulagées et, en apprenant sa mort, combien de gens ont pleuré leur bienfaiteur : filles de savants pauvres qu'il avait établies en les dotant; vieillards, veuves, dont il avait assuré l'existence; jeunes médecins à qui il avait payé leurs frais d'études et qu'il avait pourvus d'une situation qui garantissait leur avenir, sans parler de toutes les sociétés charitables auxquelles il souscrivait largement; et, parmi ces sociétés, il en est pour lesquelles sa libéralité était inépuisable. Il avait eu le premier la pensée du patronage des aliénés sortis guéris de la Salpêtrière et de Bicêtre, et c'est lui qui a fondé l'Association mutuelle des médecins aliénistes de France, Association dont il était le fondateur et

(1) Documents fournis par le zélé bibliothécaire de l'Académie de médecine, M. le D[r] Dureau, qui fut pendant des années le secrétaire intime et le familier du regretté Baillarger.

le Président perpétuel, et au nom de laquelle je lui apporte ici le témoignage de la reconnaissance des nombreuses familles de médecins d'asiles auxquelles cette Association distribue depuis près de vingt ans des sommes qui mettent les infirmes et les veuves à l'abri de la misère et qui permettent d'élever les enfants sans ressources.

Et son dévouement aux malades! Quel souvenir on conserve à la Salpêtrière de sa douceur inaltérable, de sa bienveillance ainsi que de son courage et de son abnégation pendant la terrible épidémie de choléra en 1849!

Hommage de respect et d'affection à l'homme de cœur en même temps qu'au savant, car la bonté et la charité laissent, autant que les plus beaux travaux, un souvenir impérissable!

Discours de M. le Dr Bouchereau, au nom de la Société médico-psychologique.

MESSIEURS,

Je viens au nom de la Société médico-psychologique rendre un dernier hommage à la mémoire de M. Baillarger, exprimer les regrets unanimes de ses confrères, de ses élèves, et témoigner que son nom restera comme un des plus grands parmi nos membres fondateurs et nos anciens présidents.

Ses écrits, son enseignement, marquent une époque brillante dans l'histoire de l'aliénation mentale; à ce moment les idées françaises rayonnaient au loin et jouissaient à l'étranger d'une autorité incontestée; M. Baillarger est un des maîtres qui ont le plus honoré la psychiatrie.

Je sens toute mon insuffisance à le louer dignement, à remplir la tâche qui m'incombe au dernier moment: mais je ne saurais me dérober à ce devoir; nul parmi les élèves de M. Baillarger ne sent plus profondément la perte que nous venons d'éprouver, moi qui avais l'honneur de l'approcher depuis trente ans passés.

M. Baillarger était né à Montbazon, en 1809, dans la Touraine, qui a fourni à l'Académie, à la Faculté, aux hôpitaux de Paris, tant d'hommes de valeur, dont quel-

ques-uns sont arrivés à la célébrité dans les différentes branches de la médecine.

Comme Georget, comme Moreau, son ami de toute la vie, M. Baillarger a choisi la médecine mentale : il a commencé sa carrière sous les auspices d'Esquirol qu'il devait continuer si dignement dans plusieurs de ses fondations les plus importantes.

Nommé médecin de la Salpêtrière le premier à la suite d'un concours dans lequel il avait pour rivaux Trélat, Archambault, Moreau, M. Baillarger se mit immédiatement à l'œuvre, s'installa avec sa famille dans ce milieu si favorable aux études ; il a recueilli durant des années d'immenses matériaux et rédigé de savants mémoires, puis fondé un enseignement prospère, et promptement il est devenu un des praticiens les plus occupés, les plus estimés. Bien que la carrière de M. Baillarger ait été longue, il y a lieu de s'étonner de tout ce qu'il a produit : on peut s'en faire une idée en consultant les deux volumes publiés à la veille de sa mort dans la pleine possession de ses facultés intellectuelles. M. Baillarger les adressait récemment à ses amis, à ses élèves, c'est là comme son testament scientifique qui l'honore le plus et le peint tout entier. Ce travail de revision, si utile, a occupé et charmé ses dernières années.

Ce n'est ni le lieu, ni le jour de résumer l'œuvre de M. Baillarger : un de nos confrères le fera dignement au sein de notre Société ; il me suffit de rappeler que M. Baillarger a étudié la structure de la couche corticale du cerveau, le mode de formation du cerveau, il a montré les rapports qui existent entre la surface du cerveau et le développement de l'intelligence; il a donné une classification aussi claire qu'utile des divers genres de folie ; il a créé la folie à double forme, si curieuse par ses caractères, ses différentes formes d'évolution et de terminaison ; il a su discerner sous la stupidité apparente un délire très intense, des hallucinations multiples susceptibles de provoquer des impulsions dangereuses pour le malade et son entourage : il y avait là comme la révélation d'actes sans explication avant les interprétations données par M. Baillarger, et des conséquences d'une réelle importance relativement au traitement et à

la médecine légale; à l'occasion de la physiologie des hallucinations, il révèle sa supériorité comme clinicien et psychologue à la fois par sa savante analyse; il distingue les hallucinations psycho-sensorielles des hallucinations psychiques, il indique leur mode de production et montre l'automatisme du cerveau ayant pour résultat l'exercice involontaire des facultés.

Nommé membre et rapporteurde la Commission sur les causes du goitre et du crétinisme, il fournit au gouvernement, qui l'a désigné pour cette tâche patriotique, les moyens de connaître les causes du mal, d'en empêcher le développement, et les mesures destinées à le supprimer. Pour ce travail considérable, il n'épargne ni les voyages, ni les recherches.

Toute sa vie, M. Baillarger a porté son attention, avec un intérêt de premier ordre, sur la paralysie générale des aliénés. Cette maladie, révélation de notre siècle, l'a captivé et possédé plus que toutes les autres questions : il a mis dans un relief saisissant la valeur du délire hypocondriaque, de l'inégalité pupillaire dans la paralysie générale ; il s'est attaché à séparer les folies paralytiques qui offrent des rémissions, des guérisons, de la démence paralytique, toujours continue dans sa marche, et fatale dans sa terminaison.

Que de problèmes obscurs de l'aliénation mentale ont été abordés par lui et souvent résolus avec un talent que l'on n'oubliera jamais !

M. Baillarger a fondé les *Annales médico-psychologiques*, ce recueil important de travaux originaux et critiques, si libéralement ouvert par lui à tous ses confrères, où son inspiration revit et ses doctrines se continuent par quelques-uns de ses élèves les plus distingués.

Messieurs, il me faut m'arrêter et terminer en vous rappelant les succès de l'enseignement libre de M. Baillarger, qu'il serait injuste de passer sous silence. Par sa parole claire, son exposition méthodique, son choix judicieux des malades pris comme types des formes mentales étudiées, M. Baillarger a retenu longtemps autour de lui un public choisi de médecins et d'élèves ; il a formé plusieurs générations d'aliénistes : aussi les aliénés lui doivent beaucoup ; il a donné le meilleur de son cœur et de son savoir pour améliorer leur situation

et les guérir. Il a donné à tous l'exemple par son courage personnel au milieu d'une épidémie meurtrière, alors qu'une panique était sur le point de troubler un grand établissement hospitalier ; lui et sa famille ont soutenu en cette circonstance si périlleuse l'énergie d'un nombreux personnel décimé par le choléra.

M. Baillarger a joui durant la vie de tout le bonheur qu'un homme peut désirer; uni à une femme supérieure par le caractère, l'éducation, l'instruction, il s'est senti compris et encouragé par elle dans les moments difficiles, assisté durant les jours de labeur et de recherches, il a vu grandir autour de lui trois générations successives d'enfants, auxquels il lègue le souvenir d'un grand nom dans la science.

A l'heure de la séparation suprême, nous tenons à exprimer à la famille de M. Baillarger combien nous ressentons la perte qui la frappe dans son chef si regretté, notre vénéré maître. Notre Société est fière de l'avoir longtemps compté à sa tête; nous, ses confrères, ses élèves, nous ne saurions mieux rendre hommage à la mémoire de M. Baillarger qu'en promettant de nous inspirer de sa vie pour la donner comme exemple à la génération qui nous remplacera.

M. Baillarger a fait grand honneur à notre pays et à la science des maladies mentales.

Adieu, maître aimé et regretté, adieu.

Le Directeur-Gérant : Ant. Ritti.

Paris. — Typographie Gaston Née, rue Cassette, 1. — 1111.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique.

La proposition de loi sur le régime des aliénés, présentée par M. Reinach, député.

On sait qu'au mois de décembre dernier, M. Joseph Reinach, député, a déposé sur le bureau de la Chambre une proposition de loi sur le régime des aliénés. Tout ce qui a trait à la législation sur les aliénés intéresse les médecins. La proposition de M. Reinach, qui a été imprimée, et vient d'être distribuée à la chambre des députés, fera l'objet de notre chronique.

Ce document se divise en trois parties : un exposé des motifs, le texte de la proposition de loi et des annexes.

Dans l'exposé des motifs, M. Reinach dit que la Révolution a proclamé cette vérité, que les aliénés sont des malades. Au moyen âge, on professait que la folie est l'œuvre du diable et que le seul traitement qui convînt aux fous était d'être rôtis. Colbert fit éteindre le bûcher; mais les aliénés continuaient d'être traités comme des bêtes dangereuses, et on sait quel triste

spectacle présentait Bicêtre avant que Pinel ne délivrât les aliénés de leurs chaînes. Il fallut encore près d'un demi-siècle pour que le principe, « l'aliéné est un malade, » fut consacré par la loi.

M. Reinach expose à grands traits le système de la loi du 30 juin 1838 : il reconnaît que cette loi a réalisé un progrès énorme sur toutes les législations antérieures et contemporaines, qu'elle a été vraiment dictée par un esprit de justice, d'humanité et de sage préservation, qu'elle est conforme, du moins dans son esprit, aux vues de la science médicale qui voit dans l'aliéné un malade, et aux vues de la science juridique qui, dans l'intérêt même de cet aliéné, doit le traiter en incapable. Mais, ajoute M. Reinach, « que la loi ait toujours « été appliquée dans son esprit, que ses intentions « généreuses ne soient pas trop souvent restées à l'état « de lettre morte, qu'elle ait pris contre le danger des « séquestrations arbitraires, contre l'erreur et contre le « crime, des précautions suffisantes, qu'elle ait placé « la liberté individuelle hors de l'atteinte de tout com- « plot, qu'elle ne méconnaisse pas, enfin, ce principe « fondamental du droit civil français, qu'un homme ne « peut être atteint dans sa capacité ou amoindri dans « son état civil qu'en vertu d'une décision judiciaire, « sur ce point encore l'expérience est faite, la cause est « entendue et la revision de la loi s'impose. »

Cette citation résume la pensée de M. Reinach. Il rappelle les débats qui eurent lieu lors de la discussion de la loi de 1838, les protestations qui l'ont suivie, les travaux de la commission mixte nommée sous l'Empire, à la suite des rapports de M. Suin au Sénat, la proposition de Gambetta et Magnin, enfin le projet de loi voté par le Sénat et le rapport fait par M. Bourneville à la Chambre des députés en 1889. M. Reinach pose ces deux questions :

1° La science aliéniste est-elle assez bien faite et assez sûre en ses conclusions pour qu'on puisse enfermer les gens sur la déclaration d'un ou de deux médecins ?

2° L'internement collectif des fous est-il le moyen de les guérir ?

M. Reinach répond par la négative. A ses yeux, la liberté individuelle n'est pas suffisamment garantie, et il invoque à l'appui de son opinion l'affaire Sellière, l'affaire Monastério, l'affaire Sandon : l'intervention de la magistrature lui paraît indispensable. Gambetta estimait, dans la proposition de loi qu'il soumit au Corps législatif, que le jury seul présente les garanties nécessaires d'impartialité et d'indépendance d'esprit pour le placement des aliénés. M. Reinach reconnaît qu'en France, ce n'est point pratique. Il se contente de réclamer les dispositions adoptées dans le projet de loi voté par le Sénat, c'est-à-dire, pour les acements volontaires, un rapport au procureur de la République à l'appui de la demande de placement, et les placements ordonnés d'office par l'autorité administrative ne le seraient qu'à titre provisoire jusqu'à l'arrêt judiciaire. Tant que le tribunal n'a pas statué, le malade doit rester dans un quartier d'observation sans pouvoir être confondu avec les aliénés internés à titre définitif. Le dossier devra être transmis dans les vingt-quatre heures à l'autorité judiciaire et au préfet. Ici, nous devons signaler une petite erreur commise par M. Reinach, lorsqu'il dit : « Le malade, une fois placé dans le quartier d'observation, le directeur de l'établissement a « remis aussitôt un rapport à l'autorité judiciaire et « au préfet. Il le remet aussitôt, c'est-à-dire dans les « vingt-quatre heures, et non plus dans les trois jours, « ces trois jours « terribles » pendant lesquels le fié- « vreux, l'agité, qui a été précipité dans la fosse com- « mune des fous, a le temps, sous le régime de 1838, de

« perdre à jamais la raison, de justifier le bulletin de
« complaisance qui a été décerné contre lui. »

M. Reinach, en écrivant ces lignes, paraît s'être laissé emporter par l'ardeur de la discussion. Le tableau qu'il trace ne répond certainement pas à la réalité des faits, et l'expression « fosse commune des fous » ne peut pas s'appliquer aux asiles modernes. De plus, nous savons que, d'après l'article 8 de la loi du 30 juin 1838, les pièces d'admission doivent toujours être envoyées dans les vingt-quatre heures. M. Reinach a, évidemment, fait confusion avec l'article 9 portant qu'en cas de placement dans un asile privé, le préfet, dans les trois jours de la réception du bulletin, fera visiter la personne par une ou plusieurs personnes de l'art, et c'est une erreur de prendre cette visite de contrôle pour le premier examen médical.

Dans la nouvelle proposition de loi, comme dans le projet voté par le Sénat, après que le dossier a été transmis, interviennent un curateur et un médecin inspecteur, nommés tous deux par le ministère de l'intérieur, sur une liste de présentation dressée par un conseil supérieur des aliénés; puis le tribunal statue en chambre du conseil.

M. Reinach demande que, *dans un délai de dix ans*, chaque département soit tenu d'avoir un asile public ou de traiter avec un établissement public d'un autre département. Cette disposition est empruntée au rapport de M. Bourneville, et a pour but de supprimer les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

M. Reinach propose d'instituer une ou plusieurs commissions de surveillance composées comme au projet de loi voté par le Sénat et il dit : « Ce
« contrôle sera-t-il infaillible ? En tout cas, il sera
« fréquent et généralement effectif ; les plaintes, les
« réclamations ne s'égareront plus en route ; la séques-

« tration injuste, abusive, se heurtera à un nouvel obs-
« tacle. » Nous aurions le droit de protester contre ces considérants qui tendraient à faire supposer que les médecins des Asiles ne transmettent pas les réclamations des malades, et que les séquestrations arbitraires sont fréquentes. L'auteur de la proposition de loi n'est pas tendre pour les médecins, car il ajoute que la négligence des médecins d'asile a été dénoncée depuis cinquante ans, par tous les adversaires de la loi de 1838, comme l'une des causes les plus fréquentes d'abus et d'erreurs. Il déclare que les médecins aliénistes n'ont pas toujours été recrutés avec tout le soin désirable, qu'ils ne sont pas assez nombreux, que le temps matériel de visiter et de soigner convenablement les malades leur fait défaut. Il cite Maxime du Camp qui a vu, dans les préaux d'un asile, des femmes agitées se tordre, se débattre et souffrir en présence d'une gardienne impassible. « Quoi ! dit-il, nous avons les anes-
« thésiques les plus puissants, l'éther, le chloroforme,
« le chloral ; nous avons le chlorhydrate de morphine,
« l'atropine, la narcéïne, et quand une lypémaniaque,
« entre en fureur, se mord, se frappe, se déchire, la cami-
« sole suffit, on la traite par l'indifférence, et il n'y a
« pas là un médecin qui accourt pour le calmer. »

Nous ne soutiendrons pas qu'il n'y ait jamais de négligences commises dans les asiles et nous reconnaissons que, parfois, des choix malheureux sont faits pour le recrutement du personnel. On pourrait répondre à M. Reinach que ces nominations fâcheuses ont été faites parfois sur la recommandation de ses amis politiques, et pour récompenser des services politiques ; il nous suffit de dire qu'en poursuivant l'enquête, on reconnaîtra facilement combien tous ses griefs sont exagérés, et si nous devons soigner nos malades, et chercher à les calmer, nous devons aussi éviter de les

empoisonner. C'est une illusion de croire que l'on rend un grand service aux malades en multipliant les visites de contrôle. On agite les malades ; c'est à peu près le seul résultat constaté.

L'auteur de la proposition de loi aborde la question de savoir si l'internement collectif des aliénés est le moyen de les guérir. Ici encore l'asile français est représenté sous les couleurs les plus sombres, c'est l'asile-prison, auquel M. Reinach oppose Gheel, Woodilée, Illenau, etc. L'honorable député calomnie son pays. Nous ne sommes pas aussi arriérés qu'il le croit. Il attache une grande importance à la création des quartiers d'observation. Ces quartiers existent déjà dans quelques asiles.

Une autre innovation proposée consiste dans la création, dans les établissements publics, de deux quartiers annexes destinés au traitement, l'un des épileptiques, l'autre des idiots et des crétins. C'est ce que déjà M. Bourneville avait proposé dans son rapport.

M. Reinach aborde enfin la question des aliénés criminels et se prononce pour la création d'établissements spéciaux destinés à recevoir cette catégorie de malades.

On trouve, dans l'exposé des motifs de la proposition de loi, deux ordres d'idées bien distinctes. D'une part, un plaidoyer pour démontrer que l'aliéné est un malade; d'autre part, une grande répugnance à admettre que les aliénés doivent être séquestrés, et une méfiance évidente à l'égard des médecins. Aujourd'hui, les préfets statuent sur la maintenue d'un aliéné d'après le rapport de médecins d'asiles. « Alors, dit M. Reinach, « le maître absolu, l'arbitre souverain de la liberté de « cet homme, c'est le médecin de la maison de fous. Il « est honnête, il est juste et désintéressé : soit ! mais « n'est-il pas aussi spécialiste ? Un spécialiste des

« maladies de l'estomac ou de celles du cœur n'en « trouve-t-il pas souvent pour ne pas dire toujours « chez l'homme le mieux portant ? » De tels arguments n'empêcheront jamais celui qui souffre de l'estomac ou du cœur d'aller consulter son médecin, ni d'avoir recours aux aliénistes pour soigner des aliénés. La discussion qui a eu lieu au Sénat a montré combien étaient vaines les accusations portées contre les médecins des asiles, et il en sera certainement de même à la Chambre des députés. Nous ne redoutons pas le contrôle, et pas plus celui de la magistrature que tout autre. Nous ne voyons pas d'inconvénient à ce que, pour se conformer aux principes du droit civil, on demande aux magistrats de se prononcer sur la maintenue d'un aliéné à l'asile, mais nous croyons qu'il s'agit là plutôt d'une question de forme que d'une garantie réelle pour la liberté individuelle des gens sains d'esprit. Il n'y a pas de séquestrations arbitraires sous le régime de la loi du 30 juin 1838. Un nouveau régime n'a donc rien à modifier à ce point de vue. Les magistrats nous désignent comme experts, quand l'état mental d'un prévenu leur inspire des doutes. Règle générale, ils adoptent nos conclusions. Ils feront de même quand il s'agira de statuer sur la maintenue d'un aliéné. Actuellement, les décisions sont prises par les préfets. Elles le seront exactement dans les mêmes conditions par les magistrats. La formule sera changée et ce sera tout. Il y a plus. Aujourd'hui, les magistrats ont à exercer une surveillance sur les asiles d'aliénés ; ils n'hésitent pas à ouvrir une enquête à chaque réclamation émanant d'un aliéné, et ils admettent facilement *a priori*, que le préfet peut-être s'est trompé. En sera-t-il de même quand il s'agira de supposer que le président du tribunal a mal jugé?

Malgré son exposé de motifs si peu favorable aux

médecins en général, et aux aliénistes en particulier, M. Reinach reprend à peu près identiquement le texte proposé, dans la législature précédente, par la Commission de la Chambre des députés chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat. C'est avec des variantes insignifiantes le projet que nous trouvons dans le rapport de M. Bourneville. Or, la commission dont M. Bourneville était le rapporteur avait admis, avec quelques amendements, le texte voté par le Sénat, et que les *Annales médico-psychologiques* ont publié dans le numéro de septembre 1887 ; il nous suffit donc de renvoyer à ce texte, en nous bornant à indiquer les amendements proposés.

L'article 1er est ainsi modifié :

« Les établissements destinés au traitement et à la « garde des aliénés sont de deux sortes : publics et « privés.

« Les asiles publics doivent comprendre deux quar« tiers annexes, destinés au traitement, l'un des épilep« tiques, l'autre des idiots et des crétins.

« Les épileptiques, les idiots et les crétins continue« ront à être admis dans les asiles d'aliénés en atten« dant l'ouverture de quartiers spéciaux.

« Dans un délai de dix ans, les départements devront « ouvrir des établissements spéciaux ou des sections « spéciales destinées au traitement et à l'éducation des « enfants idiots, imbéciles, arriérés, crétins, épilep« tiques ou paralytiques. Plusieurs départements pour« ront se réunir pour créer ces établissements ou ces « sections.

« Les établissements prévus aux paragraphes précé« dents..... »

La suite comme au texte voté par le Sénat.

L'article 2 reproduit le texte du Sénat, sauf le para-

graphe 3, ainsi modifié : « Les établissements privés « comprennent les maisons de santé qui ne reçoivent « que des pensionnaires, et les établissements dénom- « més asiles privés faisant fonction d'asiles publics, « qui reçoivent, en outre, en vertu de traités, des aliénés « à la charge d'un ou plusieurs départements, jusqu'à « l'exécution de l'obligation prescrite par le para- « graphe 1er de l'article 3. »

L'article 3 est ainsi rédigé :

« Chaque département est tenu d'avoir, dans un délai « de dix ans, un établissement public destiné à recevoir « les aliénés, ou de traiter à cet effet, avec un établisse- « ment public d'un autre département.

« Jusqu'à l'expiration du délai prévu au paragraphe « précédent, les départements pourront traiter avec « des établissements privés.

« Les traités passés par les départements avec un « établissement public ou privé pour le traitement et « la garde de leurs aliénés... »

La suite comme au texte du Sénat.

Les articles 4 et 5 reproduisent le texte du Sénat.

L'article 6 est ainsi rédigé :

« Les médecins-directeurs, les directeurs, les méde- « cins en chef et adjoints des asiles publics, les médecins « en chef préposés responsables, les préposés respon- « sables et les médecins-adjoints des quartiers d'hos- « pice, les internes des asiles et quartiers d'hospice, « les médecins des établissements privés à qui sera « confié le soin des aliénés à la charge des départements, « sont nommés par le ministre de l'intérieur.

« Les internes sont nommés au concours.

« Les médecins-adjoints sont nommés sur une liste « de présentation dressée à la suite d'un concours public.

« Les médecins en chef choisis parmi les médecins-

« adjoints et nommés sur une liste de présentation
« dressée à la suite d'un concours public.

« Les professeurs des Facultés de médecine chargés
« de l'enseignement clinique des maladies mentales
« sont de droit médecins en chef des services d'aliénés
« destinés à cet enseignement. Leur nomination est
« soustraite aux dispositions de la présente loi. Ils y
« demeurent soumis sous tous les autres rapports.

« Dans les asiles publics, les secrétaires en chef, les
« économes, les receveurs, les pharmaciens, les employés
« de bureau, les surveillants en chef sont nommés par
« le préfet sur une liste de présentation dressée par le
« directeur responsable, après avis de la Commission
« de surveillance.

« Les surveillants, gardiens ou infirmiers sont nom-
« més par le directeur.

« Dans les quartiers d'hospice, ils doivent être agréés
« par le préposé responsable.

« En cas de division des fonctions de directeur et de
« médecin en chef, ou de préposé responsable et de
« médecin en chef, les surveillants, gardiens et infir-
« miers doivent être agréés par le médecin en chef. »

Les articles 7, 8, 9, 10 et 11 reproduisent le texte du Sénat.

A l'article 12, même rédaction qu'au projet du Sénat, en ajoutant les médecins en chef des quartiers d'hospice dans l'énumération de ceux qui sont admis à concourir pour être nommés inspecteurs généraux.

L'article 13 reproduit, avec une variante, l'article 13 du projet du Sénat qui fixe la composition du comité supérieur des aliénés ; au lieu d'indiquer pour faire partie du comité le professeur de la Faculté de médecine de Paris, chargé de l'enseignement clinique des maladies mentales, le texte de la proposition porte : « L'un des

« professeurs des facultés de médecine de l'État chargés « de l'enseignement clinique des maladies mentales « désigné par les professeurs chargés du même ensei- « gnement. » Ce professeur, comme les membres désignés par le Conseil d'État, la Cour de cassation, l'Académie de Médecine, serait élu pour cinq ans.

A l'article 14, deux modifications sont faites au texte du Sénat. Le paragraphe 1er est ainsi rédigé : « Les « chefs responsables des établissements publics et pri- « vés consacrés aux aliénés, ne peuvent recevoir une « personne présentée comme atteinte d'aliénation men- « tale, ou d'une des maladies précisées à l'article 1er, « s'il ne leur est remis..... » Le reste de l'article 14 reproduit le texte du Sénat, et le paragraphe suivant est ajouté : « Les personnes admises dans les établisse- « ments d'aliénés, conformément aux dispositions pré- « cédentes, ainsi que les personnes dont le placement « aura été ordonné d'office, ne sont internées qu'à titre « provisoire et sont placées en conséquence, dans un « quartier d'observation. Elles y sont maintenues au- « tant que les exigences du traitement le permettent. « Si le médecin, avant la décision de la Chambre du « Conseil, les fait passer dans un autre quartier, il « doit indiquer la date et les motifs de ce changement « sur le registre prescrit par l'article 21 ci-après. »

Les articles 15, 16, 17, 18 et 19, n'apportent aucune modification au texte du Sénat.

L'article 20 ajoute au texte adopté par le Sénat que le transfèrement d'un aliéné est précédé d'un avis médical s'il n'y a pas d'inconvénient.

Les articles 21 et 22 sont comme au projet voté par le Sénat.

L'article 23 est ainsi rédigé : « Avant même que le

« médecin ait déclaré la guérison, toute personne placée « dans un établissement d'aliénés cesse également d'y « être retenue dès que la sortie est requise par l'une « des personnes ci-après désignées, savoir :

« 1° Le curateur à la personne de l'aliéné.

« 2° Le conjoint.

« 3° A défaut du conjoint, les ascendants.

« 4° A défaut d'ascendants, les descendants.

« 5° La personne qui a signé la demande d'admis-« sion, à moins qu'un parent n'ait déclaré s'opposer à « cette faculté sans l'assentiment du conseil de famille.

« 6° Toute personne à ce autorisée par le conseil de « famille, ou agréée par le tribunal.

« 7° Toute personne entrée volontairement et ayant « signé elle-même sa demande d'admission.

« S'il résulte d'une opposition, notifiée au chef de « l'établissement par un ayant droit, qu'il y a dissenti-« ment, soit entre les ascendants, soit entre les des-« cendants, le conseil de famille décide.

« Néanmoins, si le médecin traitant, ou le médecin « inspecteur des aliénés est d'avis que l'état mental du « malade pourrait compromettre la sécurité, la décence, « la tranquillité publique ou sa propre sûreté, ou si « l'administrateur provisoire est d'avis que la personne « qui réclame la sortie n'est pas en situation de lui « donner les soins nécessaires, le chef responsable en « informe immédiatement : à Paris, le préfet de police « pour les placements d'office, et le préfet de la Seine « pour les placements dits volontaires ou faits par les « particuliers; dans les départements, le préfet, et il « est provisoirement sursis à la sortie.

« Ce sursis provisoire cesse de plein droit, à l'expi-« ration de la quinzaine, si le préfet n'a pas, dans ce « temps, donné l'ordre contraire, conformément à l'ar-« ticle 31 ci-après. »

Articles 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32 et 33, comme au projet voté par le Sénat.

L'article 34 reproduit le texte du Sénat, avec addition que l'organisation et le fonctionnement des quartiers ou locaux d'observation prévus dans chaque chef-lieu judiciaire pour recevoir les inculpés présumés aliénés « sont à la charge du département ».

L'article 35 est ainsi rédigé : « Les aliénés ne doi-
« vent être retenus en observation dans les hôpitaux
« et hospices civils ordinaires que le temps nécessaire
« pour pourvoir à leur transfèrement dans l'asile.
« Jamais ils ne peuvent être conservés dans un éta-
« blissement qui n'est pas spécialement consacré à leur
« traitement, pendant plus de quarante-huit heures, à
« moins d'une autorisation particulière et motivée du
« préfet. »

L'article 36 modifie la rédaction votée par le Sénat, en spécifiant que les individus condamnés à des peines afflictives et infamantes ou à des peines correctionnelles de plus d'un an d'emprisonnement, et reconnus épileptiques ou aliénés, « sont », au lieu de « peuvent être », transférés dans les quartiers spéciaux d'aliénés annexés aux établissements pénitentiaires, et ajoute : « Les
« autres condamnés aliénés sont dirigés sur l'asile
« départemental. »

Les articles 37 et 38 sont conformes au texte adopté par le Sénat.

Il en est de même pour l'article 39, sauf cette variante : « le tribunal, en la Chambre du conseil, » substituée à « la Chambre du conseil ».

Articles 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51 et 52, comme au texte adopté par le Sénat.

L'article 53 est ainsi rédigé : « Dans le mois qui « suit l'année écoulée depuis l'internement d'un aliéné « dans un asile public et privé, l'administrateur pro- « visoire doit soumettre au procureur de la Répu- « blique du domicile de l'aliéné un état de la situation « financière de l'aliéné.

« Il lui soumettra le même état deux fois par an, « tant qu'il ne sera pas remplacé par un administra- « teur datif ou judiciaire. »

Articles 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62 et 63, sans modification du texte apporté par le Sénat.

Les articles 64 et 65 sont ainsi conçus :

Art. 64. — « Tout individu employé dans un éta- « blissement public ou privé d'aliénés qui, volontaire- « ment, s'est rendu coupable de sévices ou voies de « fait sur la personne d'un malade, est puni d'un « emprisonnement de cinq jours à trois mois, et d'une « amende de 16 à 200 francs, ou de l'une des deux « peines seulement.

« Tout directeur ou infirmier qui, par négligence, ou « inobservation des règlements, a compromis la santé « ou la vie d'un malade confié à ses soins, est puni « d'une amende de 16 à 100 francs.

« Le tout sans préjudice de l'application, s'il y a lieu, « des peines édictées dans les articles 309, 311, 319 et « 320 du Code pénal.

Art. 65. — « Tout attentat à la pudeur consommé « ou tenté sans violence sur la personne d'un aliéné ou « idiot de l'un ou l'autre sexe et avec connaissance de « l'état d'aliénation ou d'idiotie de cette personne, est « puni de la réclusion.

« La même peine sera applicable dans le cas d'un « attentat commis dans les asiles et quartiers d'hos- « pice sur un épileptique ou un hystéro-épileptique. »

Les articles 66, 67, 68 et 69 reproduisent, sans modification, les articles correspondants votés par le Sénat.

Nous ne pouvions pas dans cette chronique discuter, article par article, la proposition de loi de M. Reinach, et nous nous sommes borné à indiquer en quoi elle diffère du projet de loi voté par le Sénat, et déjà publié dans les *Annales médico-psychologiques*.

Nous croyons inutile de nous arrêter sur les annexes, dans lesquelles nous ne trouvons aucun document nouveau et nous nous contenterons d'en indiquer le titre.

L'annexe 1 est le texte de la loi du 30 juin 1838.

L'annexe 2 est la proposition de loi sur les aliénés, présentée par MM. Gambetta et Magnin, députés, au Corps législatif.

L'annexe 3 est l'exposé des motifs de la proposition déposée au Corps législatif, le 11 mars 1870, par MM. Léon Gambetta et Joseph Magnin.

L'annexe 4 est le rapport de M. Bourneville sur l'organisation d'un concours pour l'admission aux emplois de médecins-adjoints des asiles d'aliénés.

L'annexe 5 est le rapport communiqué au congrès international de médecine mentale par M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, sur les cellules d'observation des aliénés dans les hôpitaux.

L'annexe 6 est un extrait du livre de Maudsley (*Le crime et la folie*), sur la monomanie homicide.

Enfin, l'annexe 7 est le tableau des asiles d'aliénés existant en France en 1889, avec l'indication de leur population au 1er janvier 1889.

La proposition de loi de M. Reinach a été prise en considération par la Chambre des députés dans la séance du 23 février dernier. Nous avons dit qu'elle reproduisait presque identiquement le texte adopté par la Commission de la Chambre dans la législature précédente, et figurant dans le rapport déposé le 12 juillet 1889 par

M. Bourneville. Les choses sont donc revenues à l'état où elles se trouvaient quand la précédente Chambre des députés s'est séparée, avec cette différence que l'urgence n'est plus déclarée, et que le texte doit faire l'objet du rapport d'une nouvelle commission, qui pourra elle-même apporter de nouvelles modifications. Nous avons tenté de mettre nos lecteurs au courant de la situation présente. La nouvelle loi est encore loin d'être votée, et le champ est ouvert aux aliénistes pour appeler l'attention de nos législateurs sur ce qui nous paraît incompatible avec un bon fonctionnement du service.

A. Giraud.

Pathologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE QUELQUES

FORMES AIGUËS D'ALIÉNATION MENTALE

ET DE LEURS RAPPORTS AVEC LA PARANOÏA

Par le Dr ROSENBACH,
Privat-docent à l'Académie de médecine de Saint-Pétersbourg
(*Clinique du professeur Mierzejewski*)

(SUITE ET FIN)

OBSERVATIONS

Observation I.

Mme N. F..., âgée de vingt-neuf ans, mariée, entrée à la Clinique le 7 janvier 1883, sortie le 7 avril de la même année.

Dans la famille de la malade, quelques membres ont été atteints d'affections du système nerveux et sa cousine germaine était aliénée. Étant très tôt restée orpheline de père et de mère, elle a passé son enfance chez des parents, puis a été élevée à l'Institut, jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Dans son enfance, elle était faible et anémique, mais n'a jamais été positivement malade. Après avoir fini ses études, elle devint gouvernante. Mariée à vingt-deux ans, elle continua de donner des leçons. Son mari étant longtemps resté absent, elle vivait avec une parente, dans des conditions assez misérables et se fatiguait beaucoup en don-

nant des leçons, pour pouvoir faire des économies. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni fait de fausse couche. Elle a eu ses règles assez tôt et les avait régulièrement tous les vingt-cinq jours ; mais depuis le 30 novembre de l'année passée, elle ne les a plus. Une année et demie avant son entrée à la clinique, elle a eu un oophorite dont on l'a guérie.

Sa maladie actuelle se déclara brusquement le 27 novembre 1882 dans des circonstances suivantes : elle tomba tout à coup dans un état fiévreux avec mal à la tête et une grande faiblesse, de sorte que, le 29, elle s'alita. Le docteur qui la soignait supposa d'abord le typhus, mais il trouva étrange l'extrême défiance de la malade, à cause de laquelle, le 7 décembre, on l'a mise à l'hôpital. La fièvre dura encore quelques jours, après quoi se déclara une affection mentale incontestable. Les trois premiers jours, la malade était d'humeur sombre et refusait toute nourriture, puis elle consentit de manger, devint agitée et manifesta un grand délire : elle a une maladie contagieuse, on la chassera de l'hôpital, on la martyrisera, la brûlera ; les chiens, les ours la dévoreront, le tramway l'écrasera. En même temps, elle entend des injures, une foule la poursuit. Elle a bien mérité toutes ces poursuites, parce qu'elle est une grande pécheresse. Au commencement de janvier de 1883, elle s'est un peu calmée, et le 7 du même mois elle entra à la clinique.

Au point de vue somatique, la malade, au moment de son entrée à la Clinique, ne présentait rien qu'une anémie.

Au point de vue psychique, on n'observe que la frayeur et la défiance. Il semble à la malade que tout le monde la méprise et lui veut du mal. Elle a peur de rester seule dans la chambre et ne se calme qu'en présence de sa cousine. Elle a peur d'être dévorée par les bêtes. Elle se plaint d'une faiblesse générale et d'une sensation de froid par tout le corps. Elle ne répond que très lentement aux questions du médecin et bien souvent, pour obtenir la réponse, il faut lui répéter plusieurs fois la question. Elle dit qu'elle est tombée malade il y a un mois ; pour le moment elle se croit aussi malade, mais ne prend pas ses craintes pour des phénomènes maladifs. La première nuit, à la Clinique, elle a mal dormi à cause de la peur. Elle entend des pas d'ours et elle craint que les ours ne la dévorent en passant par le Jardin d'Hiver. Elle s'accuse d'avoir trompé son mari et de s'être livrée à l'onanisme avant même d'avoir été réglée. Si elle est persécutée, c'est pour avoir commis tous ces crimes ; on la méprise, on se moque d'elle, on désire qu'elle parte. Elle prétend

que la garde-malade l'a appelée chien et dit qu'elle a bien mérité cette injure. Elle refuse la nourriture sous prétexte qu'elle est trop salée.

Les jours suivants, aucun changement dans son état : la malade dort mal, elle dit que les ours la dévoreront, ou qu'on la brûlera et martyrisera éternellement. Elle sent l'odeur de térébenthine, du soufre et de la fumée. Elle sanglote souvent en présence du médecin et le supplie de ne pas la quitter. Elle prie de ne pas la forcer à manger, parce que la nourriture ne pourra pas passer et l'étouffera. A force de prières, on peut lui faire avaler une goutte de lait, mais à la suivante la scène recommence. Malgré cela, elle mange assez dans le courant de la journée. Elle affirme ne pas pouvoir respirer, d'avoir le nez bouché, à tout moment elle a peur d'étouffer, quoique respirant tout à fait régulièrement. Elle sent des coliques et les attribue à l'électricité.

Malgré toute sa peur et toutes ses angoisses elle n'a aucun penchant pour les actes de violence, elle est polie, soigneuse de sa personne et s'habille proprement.

Puis, pendant quelques jours, elle est par moment tout à fait tranquille, sort dans le corridor, fait connaissance avec les malades, manifeste de la sympathie pour quelques-unes ; tout à coup, au beau milieu de ce calme, elle s'adresse en pleurant au médecin et répète ses craintes, en partie les mêmes, en partie un peu modifiées.

17 *janvier*. Très excitée par l'odeur du soufre, se plaint de nouveau qu'on veut la brûler éternellement, qu'elle suffoque, que son gosier est bouché. L'appétit est bon, elle mange assez.

22 *janvier*. Très excitée par ses angoisses, le soir, quand vient sa cousine, qu'elle aime assez et dont elle ne se défie pas, elle la reçoit avec des reproches et la chasse, sous prétexte que celle-ci la tyrannise en la suppliant de manger.

28 *janvier*. Pleure, parce qu'elle a entendu qu'on veut la chasser de la Clinique. A vu à la cuisine des charbons ardents et est persuadée qu'ils sont préparés pour la brûler ; s'obstine à regarder le ciel et soutient en pleurant qu'elle ne verra plus le jour, qu'elle va suffoquer. Dans un accès de désespoir, elle fait des tentatives de se frapper la tête contre le plancher.

Depuis le commencement du mois de février, son état commence à s'améliorer visiblement, elle dort mieux, a moins souvent des accès d'agitation et de désespoir. Plus de nouvelles idées délirantes. Vers la fin du mois, elle commence à s'occuper

d'ouvrages de femme, vient au salon, cause très volontiers avec d'autres malades et la surveillante, parle de tout et de son passé. Quand le médecin amène la conversation sur ses idées délirantes, elle les soutient en tous points, mais ne s'agite plus.

Dès le commencement du mois de mars, elle commence à renier ses idées délirantes en disant qu'avant, elle se croyait criminelle et obligée de subir différentes tortures. A présent, elle n'y croit plus. D'humeur égale, elle sourit souvent et rit quand l'occasion se présente. Les semaines suivantes, la guérison fait de rapides progrès et la malade demande elle-même des remèdes réconfortants pour pouvoir sortir plus vite. Elle est très soupçonneuse. A la moindre douleur à l'oreille ou aux pieds, elle pense que c'est quelque chose de sérieux, de dangereux, mais presque tout de suite comprend elle-même combien ses craintes sont peu fondées et se moque d'elle-même.

Le 7 avril 1883, Mme F..., suffisamment rétablie physiquement et n'ayant rien d'anormal dans son état mental, a quitté la Clinique.

D'après les renseignements privés, recueillis quelques années plus tard, la malade n'a pas eu de rechute.

Observation II.

P. S..., âgé de trente ans, maître de gymnase, entré à la Clinique le 4 novembre 1888.

Dans la famille du malade, il y a une prédisposition héréditaire très prononcée : son père a bu toute sa vie, a eu deux fois le délire alcoolique et est mort d'une attaque d'apoplexie ; le frère du père a eu aussi le délire alcoolique et a été aliéné ; la sœur du père est aliénée. Une des sœurs du malade est aliénée, l'autre a des accès d'hystérie ; un des frères est mort de la phtisie à l'âge de vingt-trois ans.

Le malade lui-même n'a souffert avant d'aucune maladie sérieuse, ni de la syphilis non plus, mais il était toujours ce qu'on appelle « nerveux » et avait aussi un penchant pour les boissons alcooliques. L'été de 1887, il a été très péniblement impressionné par un incendie qui a occasionné de grandes pertes à sa famille. Au mois de juin 1888, un nouvel incendie a détruit leur bien. Il a été très tourmenté à cause de ses dettes, s'est mis à boire et, le 12 août, il a été de nouveau affligé par le refus d'une jeune fille qu'il avait demandée en mariage. Quelques jours après, la folie se déclara.

Pendant la nuit du 15 au 16 août, il réveille tout à coup un camarade, qui vivait avec lui et lui déclare qu'il a eu une révélation de Dieu. Le lendemain matin, il répète la même chose, en ajoutant qu'il entend la voix de Dieu, qu'il est prophète, le prédicateur de sa doctrine, crie dans la rue, est très excité. Les jours suivants, son excitation augmente encore, il prend sa chambre pour l'enfer, les domestiques pour des espions, voit des diables. A l'hôpital militaire de M... où il a été transporté au commencement de la maladie, il continue d'entendre la voix de Dieu, se croit missionnaire, demande à voir l'évêque, auquel il doit confier un grand mystère; tandis que les hallucinations terrifiantes continuent, par moment le malade est violemment excité, offre l'aspect du plus complet obscurcissement de la conscience, et a de fortes congestions cérébrales. Dès le commencement de septembre il devient plus calme, pensif, quelquefois il pleure et rit.

Le 12 septembre, il est transféré dans un asile à Pétersbourg, où il est resté jusqu'au 4 octobre. Là, il n'a été excité que les premiers jours, puis est devenu calme. Cependant il ne pouvait pas s'orienter et demandait souvent : — « Où suis-je? Pourquoi m'a-t-on mis ici? » A toutes les questions, il répondait invariablement : « Je ne comprends rien. » Il se plaignait que tout le monde le regardait drôlement, qu'on se moquait de lui. Vers la fin de septembre, il commença à se rappeler de différentes circonstances du début de sa maladie, mais pourtant il ne pouvait encore s'orienter et ne comprenait pas où il était.

Dans cet état, le malade est transféré à la Clinique. Du côté physique, au moment de son entrée, on ne remarque rien de pathologique — il était bien nourri, gros et gras; — ce qui attire l'attention, c'est l'asymétrie de la face, le côté gauche est plus large que le côté droit, il présente en outre un grand développement de la glande thyroïde. Il avait bon appétit; le pouls était régulier et normal. Il dormait assez. La parole était lente, traînante, la voix monotone et traînarde. Il aimait à se promener lentement le long du corridor, avec un air distrait et un sourire sur les lèvres; bien souvent il se parlait à lui-même. Quand on le questionnait, il ne répondait pas bien vite et souvent disait lui-même : « Attendez, attendez, laissez-moi penser »; en répondant, il ne finissait pas sa phrase; souvent il voulait lui-même demander quelque chose, tâchait de se rappeler et comme s'il savait que ça ne lui réussirait pas vite, il retenait le médecin par l'habit. Pendant quelques jours, il parla très in-

distinctement, bégaya en tirant la langue en avant et tâchant de la retenir en bas de la bouche. Par moment, il oubliait ce manège et alors il parlait très distinctement.

Quant au sujet des entretiens du malade pendant les premières semaines de son séjour à la Clinique, ils étaient les suivants : il ne comprend pas où il est, pourquoi tout ceci, pourquoi sont là tous ces gens, ils ne sont pas du tout malades, ils causent toujours de lui, prononcent son nom, chuchotent, disent qu'il faut le pendre, le mettre Dieu sait où, se moquent de lui, disent ses pensées, les devancent même. Il ne peut pas se rendre compte de ce qui se passe avec lui, il se sent comme dédoublé, tantôt il se croit un criminel, tantôt le tzar, Dieu, mieux qu'un Dieu, une idée. Il s'étonne que les couleurs changent toujours devant lui, ainsi que les traits des gens qui l'entourent, les lettres dans les livres dansent devant ses yeux, il ne comprend absolument rien. De temps en temps, il analysait plus en détail ses sensations; par exemple il s'étonnait, pourquoi les arbres lui paraissent tantôt couverts, tantôt privés de feuilles ; il sait très bien que des choses pareilles ne se passent pas dans la nature, mais en même temps il voit et entend tout ceci avec une telle précision et une telle évidence, qui ne sont possibles que dans la réalité. Malgré de continuelles et de très fréquentes erreurs des sens, il était calme, se soumettait au régime de la Clinique et n'en violait jamais la règle. Cet aspect de la maladie resta le même pendant quelques mois.

Dès le commencement de janvier 1889, il était devenu comme indifférent, plus taciturne, ne s'intéressant à rien, n'analysant plus ses sensations ; ses paroles devinrent moins confuses, il essayait de lire, mais bientôt rejetait le livre. Cependant les erreurs des sens conservaient leur caractère premier.

Le 8 *février*, il entra tout à coup en fureur et se jeta sur le gardien, mais presque aussitôt se calma et dit qu'il lui avait semblé que le gardien l'injuriait et le grondait.

Au commencement d'avril, il se mit à demander avec instance d'aller à l'église, disant qu'il se portait tout à fait bien et que ça ne pouvait pas lui faire de mal. Une fois à l'église, il trouva toute sortes d'irrégularités dans le service et voulut l'interrompre.

Le 9 *avril*, le malade tomba tout à coup en fureur, il déchira son linge, parla fort et sans suite, devint violent, prit peur, semblait ne pas reconnaître son entourage ; l'excitation dura

quelques jours et fut suivie d'une insomnie impossible à vaincre. Puis il retourna assez vite vers son état premier, disant qu'il ne se rappelait pas bien ce qui lui est arrivé, il se souvient seulement qu'il lui sembla tout à coup que c'était la fin du monde, il voyait dans la chambre un appareil photographique (hallucinations), on voulait le photographier, on l'appelait voleur, filou, on voulait le battre.

Vers la *fin d'avril*, il s'expliquait beaucoup mieux, il se mit à écrire des lettres à ses parents et connaissances, où il n'y avait plus ni délire, ni rien d'anormal. Il lisait et pouvait comprendre ce qu'il lisait, quoiqu'il se plaignit encore que ses paroles étaient répétées par des voix inconnues.

Dans le *courant de mai*, les hallucinations disparurent peu à peu, il était d'humeur égale, demandait qu'on le laissât sortir.

Le 4 *juin* 1889, le malade était remis à ses parents, et suivant des renseignements pris quelques mois après, les symptômes de la maladie n'ont plus reparu, et le malade devait sous peu retourner à ses occupations habituelles.

Observation III.

B..., soldat, âgé de vingt-sept ans, entre à la Clinique, le 24 janvier 1887.

Le père du malade était ivrogne, de la mère on disait qu'elle était morte de chagrin après la mort de son mari. Il n'y a pas d'autres indices d'hérédité. Le malade n'a fait aucune maladie sérieuse, seulement, étant enfant, il a eu la petite vérole, à la suite de laquelle il eut quelquefois des étourdissements et des maux de tête. Il n'a jamais eu de tendance pour les boissons alcooliques et remplissait très bien ses devoirs de gardien à l'école pour les enfants des soldats.

Deux mois avant son entrée à la Clinique, on remarqua qu'il devenait pensif, soupçonneux, excessivement dévot. Une fois, ayant trouvé un petit bout de papier avec deux lettres qui étaient les mêmes que les initiales de la direction de l'école, il prit ce papier pour la permission d'aller au bain et s'y rendit de bonne foi. D'après ses propres paroles, depuis le commencement de mai 1887, il avait des accès de vertige et d'oppression de la poitrine, des angoisses, au point qu'il voulait se jeter par la fenêtre. Dans le courant de mai, il a souffert de l'insomnie, se sentait malade et voulait lui-même consulter un

médecin. Vers le milieu de juin, se manifestèrent des phénomènes qui nécessitèrent son envoi à la Clinique : il avait peur de ses camarades, croyait qu'ils voulaient le battre, lui voulaient du mal, le persécutaient et en même temps, il leur disait qu'il était général et que le sous-officier était son aide de camp.

A son entrée, il n'était qu'un peu anémique, avec la peau pâle, les mains et la langue ayant un léger tremblement. Du côté psychique on pouvait remarquer de l'indolence, une tristesse dans l'expression de la figure, taciturnité, il répondait laconiquement à toutes les questions, ne se croyait pas malade, mais en même temps ne protestait pas contre son placement à la Clinique ; il dit seulement qu'il avait peur de dormir, parce que ses camarades le menaçaient. Quant à ses idées de grandeur, il ne donnait point d'explication, disant qu'il ne se souvenait pas.

Durant les premières semaines de son séjour à la Clinique, il ne manifesta ni délire, ni hallucinations, il était très doux, subissait très bien le régime, mangeait, dormait assez bien et quelquefois seulement il ne voulait pas prendre les remèdes. On ne pouvait remarquer qu'une certaine timidité devant les médecins, quoiqu'il causât avec eux et donnât des détails sur son passé.

Le 17 juillet, il demanda la permission d'aller à la ferme où travaillaient les malades tranquilles. En voyant la prison militaire, située près de la ferme, il fondit en larmes dans la rue, demanda pardon aux gardiens et supplia de ne pas le mettre à la prison. Le lendemain, pendant la visite, il se jeta aux genoux du médecin et, les larmes aux yeux, il demanda à être jugé et envoyé au bagne, parce qu'il était un grand criminel : une fois, faisant sentinelle, il a vu une vache et à ce propos a eu de mauvaises pensées ; outre ceci, il avait une liaison avec une jeune fille.

Depuis lors, pendant quelques semaines, il resta triste, pleurant, répétant sa déposition, disant qu'il était un grand pécheur, quelquefois suppliant de le tuer, parce qu'il mangeait sans en avoir le droit ; lorsqu'une fois ses parents voulurent lui donner de l'argent, il refusa de le prendre, sous prétexte qu'il ne voulait pas vendre le Christ pour de l'argent. Il lisait volontiers dans son livre de prières, se signait devant les images ; se tenait des heures sans bouger dans le corridor, ne causait pas avec d'autres malades. Pourtant il mangeait et dormait assez, quelquefois même prenait les médicaments, tandis que

d'autres fois il les refusait, sous prétexte qu'ils lui serraient le gosier.

Vers le commencement d'août, il devint d'une humeur plus égale, plus vive, ne pleurant plus, ne présentant plus aucune idée délirante et répondant évasivement quand on le questionnait sur ses péchés. Vers la fin du mois, il voulut sortir en offrant de payer 300 roubles pour chaque mois de son séjour à la Clinique, disant que ses parents étaient riches et possédaient peut-être des millions.

Il répéta ces idées de grandeur pendant quelques semaines (en septembre), en prenant chaque fois un air fier et en élevant la voix.

Depuis lors, il n'a plus manifesté de délire, ni des erreurs des sens. Pendant les huit derniers mois, il resta d'une humeur toujours égale ; il devint même communicatif, joua aux cartes avec les malades, lut les livres et les journaux, se soumit au régime, fut poli avec les médecins comme il convenait à sa position. Il demandait souvent de quitter la Clinique, se croyant bien portant et ne voulant pas, en conséquence, prendre de médicaments. Même pendant quelques accès de fièvre accompagnés d'angine et de symptômes gastriques, qu'il eut à la Clinique, il ne manifesta ni délire, ni excitation et faisait tout ce qu'on lui ordonnait. Quand on le questionnait sur sa maladie, il répondait évasivement en disant qu'il ne se souvenait pas. Pendant son séjour à la Clinique, il a repris de l'embonpoint, et son anémie a disparu.

Le 26 mai 1888, il fut rendu aux soins de ses parents, libre de tous symptômes maladifs.

Observation IV.

P..., vingt-trois ans, troupier, célibataire, entré à la Clinique, le 8 janvier 1888.

Pas d'antécédents héréditaires. Le malade a toujours eu une bonne santé, seulement de temps en temps, mais rarement, il s'enivrait. Grands excès sexuels. Quelques mois avant sa maladie il fut très affligé par la nouvelle du mariage d'une jeune fille qu'il aimait et qu'il comptait épouser. A partir de ce moment la vie lui devint dure, il se montra triste, souffrait des maux de tête, pensait au suicide ; un jour à la caserne, il essaya de s'étrangler. Pourtant il remplissait bien ses fonctions et personne ne le croyait malade.

Tout à coup se déclarèrent des symptômes de trouble mental et, le 8 janvier, le malade fut envoyé à la Clinique dans l'état suivant :

Au point de vue physique, aucune anomalie, pas de traces de dégénérescence ; réflexes rotuliens très prononcés ; tremblement de la langue ; température normale.

Le visage exprime une forte douleur, le malade prend souvent la tête dans ses mains et pousse de profonds soupirs. Quand on le questionne, il se plaint d'un affreux mal de tête et de vertige. Quand on lui demande son nom, son âge, etc., il répond juste, mais d'une voix brève et très basse, ne regardant pas le médecin qui lui parle. Durant l'entretien il est très excité, se lève, se rassied, marmotte entre ses dents. Il ne sait pas où il est, ni comment il est entré à la Clinique. Il ne se rend pas compte du temps, ne peut pas reconnaître l'uniforme du médecin qui lui parle. Il raconte que le sergent N... le persécute et l'injurie, il entend sa voix. Il saute tout à coup en bas de son lit, reste assis par terre et se tape la tête contre le mur. Puis de nouveau il se tient tranquille, ne parle à personne, ne demande rien.

9 *janvier*. Le malade a assez dormi. Le matin, il se plaint de nouveau d'avoir du vertige. Il raconte que, pendant la nuit, le sergent N... est venu et jurait comme un charretier. Il est persuadé que ce sergent est là, à côté, et va le chercher quand le médecin le lui propose. Voyant un des gardiens, il dit que c'est le sergent, mais le regardant plus près, il trouve que c'est un certain soldat et croit le sergent parti. En outre, durant la nuit, est venue une vieille femme du village de R..., chez laquelle il travaillait et mangeait en été. Elle lui donnait une nourriture empoisonnée et depuis cette époque il a mal à la tête. Il ne peut pas dire depuis combien de temps il est à l'asile, il pense qu'il y a longtemps, peut-être deux mois. Il croit que mars suit janvier et maintenant nous sommes en novembre, et comme il est entré en janvier, ça fait juste deux mois; puis il s'embrouille, se plaint d'avoir le vertige. Il ne reconnaît pas le médecin vu la veille et dit qu'il le voit pour la première fois. Il prend son uniforme pour celui d'un général, et l'aide-médecin il le prend pour un troupier. Laissé à lui-même, il reste tranquille sur son lit et demande des fomentations liquides pour sa tête.

10 *janvier*. Le malade a bien dormi. Même confusion d'idées, il ne peut pas distinguer le rêve de la réalité. Le matin, un

soldat de son régiment serait venu lui offrir deux pommes, mais ne voulant pas manger, il n'en a pas pris. Le sergent l'injurie toujours, mais il ne se montre pas.

Durant les quatre jours suivants, aucun changement ne s'est produit. Le malade reste tranquille et dort bien, mais se plaint toujours d'avoir le vertige. Il croit être à la Clinique depuis deux mois, il pense que c'est l'hôpital de Finlande, qu'on l'a mis là pour apprendre le métier d'infirmier avec les autres étudiants, qu'ils vont tous ensemble en classe par l'escalier à côté, mais il y a une semaine qu'il n'y est allé. Un homme blanc est venu la nuit le voir, il ne peut pas admettre que ce soit un rêve. Il se plaint d'être allé six fois pendant la nuit au closet, tandis qu'il ne s'est pas levé du tout.

15 *janvier*. La raison est un peu plus lucide. Il sait qu'il est dans un asile d'aliénés ; il pense qu'il y est à peu près depuis un mois. La nuit, il lui semble qu'il monte un cheval et tout à coup il tombe dans l'eau ; mais il suppose que cela peut être un rêve. Le médecin en uniforme est pour lui un officier ; un autre docteur, qu'il voit pour la première fois, est sa connaissance.

16 *janvier*. La raison est tout à fait lucide. Le malade peut s'orienter, raconte son passé et donne quelques renseignements donnés plus haut. Il n'a plus ni délire, ni hallucinations. Il ne se souvient ni comment il est entré, ni du premier temps de son séjour à la Clinique.

A partir de ce moment et pendant tout le reste de son séjour à la Clinique (une année), le malade n'a plus eu ni délire, ni hallucinations, ni aucune confusion d'idées. Le malade ne présente que les phénomènes de neurasthénie, souffre de maux de tête, d'insomnie ; de temps en temps, il a des pollutions, est abattu, désire se soigner, mais il exprime les craintes que sa maladie a pour toujours brisé sa carrière et qu'elle aura de l'influence sur toute sa vie. Par moments, à des intervalles inégaux, il a des accès d'angoisse avec des congestions cérébrales. Ses yeux se remplissent de larmes, il refuse toute nourriture, ne veut pas prendre de médecine, s'isole, évite de causer et essaie de s'étrangler avec ses doigts. Quand on le retient de force il s'arrache des mains des gardiens, crie, gémit, entre dans une fureur violente. Un ou deux jours après, il retrouve son calme habituel, durant lequel il traite les docteurs avec une grande confiance, leur parle de son amour malheureux et avoue que l'idée de suicide est une idée malsaine ; il promet de dire au

docteur si elle s'accroît. Au commencement de la maladie, les accès d'angoisse se répétaient une fois par mois et même plus souvent. Au mois de mai, on entreprit un traitement par les douches froides, qui a fait beaucoup de bien au malade. En été, il travailla à la ferme, devint plus gai, se mit à espérer de pouvoir bientôt sortir. Puis, voyant que sa sortie n'arrivait pas, il devenait par moments sombre, méchant, parlait de suicide, mais ces accès n'arrivaient plus à leur intensité première. Il dormait mieux, n'avait que très rarement mal à la tête et à un faible degré.

Depuis le mois de septembre, il manifeste l'espoir que sa maladie ne nuira pas à sa carrière, qu'il pourra retourner à ses occupations. Il n'eut que très rarement besoin des somnifères. Plus de phénomènes maladifs.

Le 18 janvier 1889, P... est sorti guéri.

Observation V.

Ch. K..., seize ans, élève d'une école militaire, entré à la Clinique le 23 mars 1883.

Pas d'antécédents héréditaires, sauf la mère du malade qui est nerveuse.

Avant sa maladie actuelle, le malade s'est toujours bien porté, il apprenait bien et ne présentait rien d'anormal du côté psychique. Dans les derniers temps, il travaillait beaucoup pour ses examens, et ses parents lui répétaient sans cesse que le bien-être de toute la famille dépendait de leur réussite. Le trouble mental se déclara subitement le 20 mars. Dès le matin, il se montra très triste et voulut aller à l'église. Rentré à la maison il pleura, se plaignit de sensations désagréables du côté du cœur, répétant qu'il allait mourir, qu'une voix intérieure lui disait qu'il est fou; il se lamentait de ne pas pouvoir résoudre le problème de la quadrature du cercle; il est bavard, parle sans suite, ne dort pas la nuit. Le lendemain, l'excitation augmente encore et en conséquence on le place à la Clinique.

Physiquement, la santé est bonne. Le malade est un peu anémique; les oreilles ne sont pas symétriques, celle du côté gauche est plus grande que celle du côté droit et s'écarte davantage du crâne. Du côté psychique : faible excitation, il ne peut pas rester en place, change de position, le cours des idées est accéléré, il parle beaucoup, passant sans cesse d'un sujet à l'autre, ne finissant pas ses phrases ; outre tous ces symptômes

d'exaltation maniaque, on remarque l'absence de l'exaltation d'humeur, qui accompagne d'ordinaire les états maniaques. Quand on le questionne sur sa personnalité, ses sensations, etc., il donne des réponses contradictoires qui se succèdent très vite : il est acteur, chef de l'armée, on l'a empoisonné et c'est pour cela qu'il a mal à l'estomac, son cœur a éclaté. Il ne veut pas prendre de remède parce qu'il se porte bien et parce qu'on peut l'empoisonner. Mange et dort peu. La même excitation dure le jour suivant, se modifiant très peu : pas une seule fois elle n'atteint le degré de fureur et le malade s'est contenté seulement de déchirer son linge. Le troisième jour, il devient plus calme, a moins de délire, prend les médicaments.

Depuis le 16 jusqu'au 28 mars, le malade est très abattu, sa figure exprime la tristesse, il est taciturne, ne bouge pas, a peur de mourir bientôt, ne sait pas où il est, ni qui l'entoure.

Le 29, dès le matin, il a bonne mine, un sourire agréable, se sent très bien, demande à sortir, raconte volontiers tous les antécédents de sa maladie ; à partir du 20, la mémoire lui fait défaut, il sait seulement qu'il a été sous l'influence d'une frayeur.

Le 1er avril, il est de nouveau d'humeur triste et prêt à pleurer. Il parle d'une voix faible et entrecoupée. Il désire confesser ses péchés. Son premier crime est d'avoir eu à l'école un livre défendu et de l'avoir donné à ses camarades au lieu de le remettre à ses supérieurs. Pour ce crime, il doit être enfermé dans la forteresse et même exécuté. Il n'est pas digne de porter son nom parce qu'il a déshonoré sa famille. Il ne reconnaît pas les docteurs et prend la Clinique pour un lieu d'arrêt ou la forteresse, où il doit être enfermé quelques jours avant sa mort. Il ne veut pas entendre raison, n'écoute pas les consolations. Il désespère, pleure et prie Dieu.

2-4 *avril.* Même délire, mais moins intense.

5 *avril.* Le malade se sent bien, demande à sortir, ne se connaît aucun crime, appelle des fantaisies ses idées passées. Cet état dure trois jours. Puis :

8 *avril.* Le malade est de nouveau triste, cherche à s'isoler. Même délire ; de nouveau, il a peur pour avoir lu un livre défendu ; quelquefois il espère être gracié, à cause de son sincère repentir. Cet état dure quelques jours, mais sans atteindre sa première intensité, et n'est plus accompagné des paroxysmes du désespoir.

Depuis le 11, il renie son délire, se sent bien.

15 *avril*. Il attend de nouveau une punition pour sa faute, mais la conscience est lucide et il se rend compte qu'il est à l'hôpital.

Depuis le 19, il renie le délire, le prend pour une maladie.

Dès lors, une fois seulement, le 25 avril, il exprime des doutes sur son avenir, mais moins positivement et sans beaucoup d'agitation.

Depuis ce temps il n'y a plus eu de symptômes maladifs et, le 30 avril 1888, K... a été confié aux soins de sa mère.

Ayant eu l'occasion d'observer le malade pendant les deux mois suivants, j'ai pu constater une guérison complète. D'après les renseignements particuliers, une année après, on a dû le mettre à l'hôpital à la suite d'une rechute.

Observation VI.

J..., médecin militaire, veuf, âgé de trente-quatre ans, est admis à la Clinique pour la première fois le 16 mai 1888.

Le grand-père du malade a été atteint d'aliénation mentale; il en est de même du père, qui finit ses jours par le suicide.

Durant son enfance et sa jeunesse, le malade a beaucoup souffert de la pauvreté, il a été douloureusement frappé du suicide de son père (1870), plus tard il a eu différentes formes de fièvre, des maux de tête, il était souvent d'humeur difficile et en général très nerveux. Au mois de septembre 1886, sa femme s'empoisonna avec de l'acide carbonique; et cet incident inattendu a fait sur lui une forte impression.

Au commencement de 1889, il fut pour la première fois mis à l'hôpital (hôpital militaire de M.), par suite d'aliénation mentale. Nous n'avons point de détails sur cette affection; le malade se rappelle lui-même avoir eu des hallucinations de l'ouïe, il entendait des voix de différentes personnes, croyait être dans l'atmosphère de chloroforme, etc.

Étant resté quelques mois à l'hôpital de M..., il eut un congé de deux mois et après son retour au service, en octobre 1887, il fut envoyé pour affaires de service au district de Mesen. Il raconte ensuite que, pendant ce temps, il se sentait très mal, était dans un état de dépression, avait le vertige et des vomissements, quelquefois, en route, il ne savait plus où il était. Ayant eu du désagrément pour les affaires du service, il a commencé à entendre des voix, et ne pouvait pas se rendre compte si c'était la réalité ou une erreur des sens, il avait des

hallucinations de la vue, des insomnies. Puis, il se rappelle, qu'étant revenu à Pétersbourg, il avait la tête lourde, du vertige, un bourdonnement dans les oreilles et comme une sensation de courants électriques l'obligeant à fixer un point, où il voyait des figures de connaissance, avec qui il devait causer.

Par suite d'une évidente affection mentale, il fut mis d'abord à l'hôpital du régiment F...; puis, le 3 janvier 1888, il fut transféré à l'hôpital militaire N..., où il est resté vingt-quatre jours. Pendant quelques jours (vers le commencement de janvier), il fut dans un état d'excitation et de confusion, poursuivi par des hallucinations, voyant des troupes, entendant la musique, manifestant des idées de grandeur ; puis, il se calma très vite, le délire et les erreurs des sens disparurent et le 27 il quitta l'hôpital, guéri. Néanmoins deux semaines après (12 février), on fut obligé de l'enfermer de nouveau à l'hôpital N... et cette fois il y resta jusqu'au 16 mai 1888. Presque tout le temps on observa chez lui une grande agitation, qui bien souvent allait jusqu'à la fureur ; il est toujours en mouvement, brise les vitres, déchire ses vêtements, se jette sur les gardiens, ne dort pas la nuit, chante, répond grossièrement, a le délire des persécutions : on le fait boire l'urine des gardiens, il est électrisé et en conséquence doit briser les vitres, tout le monde conspire contre lui, une bande polonaise le poursuit depuis longtemps, ainsi que les juifs et les Allemands. A ces données puisées dans les registres cliniques de l'hôpital N..., on peut ajouter quelques souvenirs du malade, écrits par lui même sur notre demande : il entendait distinctement les voix de plusieurs personnes qui lui parlaient, les voyait sur le mur, sur le poêle, sur la fenêtre ; il voyait une rangée de tableaux, des figures de feu, volant par la chambre ; sur tout son corps il sentait comme des courants électriques, l'embrasant depuis la tête comme un éclair et le forçant de faire tels ou tels mouvements ; il se voyait tantôt à la guerre, tantôt sur un bateau; la nuit il souffrait d'une forte douleur aux yeux, comme si on les arrachait ; il avait la sensation que ses yeux étaient des cristaux, qui se mouvaient et lui donnaient une sensation de malaise et de douleur, ou bien ses yeux lui paraissaient en verre, avec une sensation de sécheresse.

Vers la fin d'avril, les hallucinations disparurent et, dans un état de calme et de lucidité, il fut transféré à la Clinique le 16 mai 1888.

Dans les premiers jours, il ne présentait pas de symptômes

maladifs, était d'humeur égale, se croyait convalescent d'une maladie mentale, dont il ne gardait que des souvenirs troubles et entrecoupés.

Il raconte en détail sa biographie, montre une bonne mémoire, il a une manière juste d'envisager les choses, point de délire. Physiquement il se porte tout à fait bien, est bien nourri, sans stigmates de dégénérescence, mange et dort bien.

21 *mai*. Depuis le matin, il a un air sombre, d'une humeur taciturne ; n'explique pas les causes du changement survenu.

22 *mai*. A mal passé la nuit. La dépression s'est changée en excitation. Il raconte vivement au médecin, qu'on le retient inutilement à la Clinique ; il aurait fallu le jeter en prison, il est un criminel, il battait sa femme, il a beaucoup d'autres peccadilles sur la conscience, on va lui mettre sur le compte tout ceci, même on pourrait bien le punir de mort. Se plaint du vertige qu'il attribue à l'influence d'un micro-téléphone. Se croit tout à fait bien portant et ne veut pas prendre de médicaments.

23 *mai*. Le sommeil est mauvais, très agité. Le matin il sort souvent dans le corridor, l'expression de son visage est très mobile ; il ne se croit plus criminel, mais sent encore l'effet du téléphone ou du microphone.

24 *mai*. Excitation très faible, mais il ne peut pas causer avec concision. La parole est brève, tantôt il se lève ou s'assied, tantôt il sort dans le corridor. Refuse catégoriquement de dîner, disant, sans plus amples explications, qu'il est impossible de manger des choses pareilles.

Les semaines suivantes, l'excitation est presque nulle, mais les hallucinations durent encore, quoiqu'on ne puisse pas obtenir qu'il soit franc. Il refuse souvent la nourriture, disant qu'elle lui saute de la bouche, qu'elle a un drôle de goût, il pense qu'on la prépare exprès pour lui. Mange volontiers ce que ses parents lui apportent.

Au mois de juin disparurent même ces traces d'erreurs des sens. Le malade est d'humeur égale, dort assez. N'aime pas à parler de sa maladie. Dit que la nourriture lui semblait pourrie, mais qu'à présent elle est meilleure. Se sent incapable de lire des livres de médecine.

Au mois de juillet, aucun accident maladif. Il sort souvent chez ses parents, est calme, ne montre aucun délire, demande avec persévérance à sortir, disant que les autorités peuvent le

prendre pour un fainéant, parce qu'il ne va pas à son service.

Le 30 juillet, quitte la Clinique, confié aux soins de ses parents.

Bientôt après sa sortie de l'asile, s'étant reposé à la campagne et se portant bien mieux physiquement, il retourna à son service; mais, vers la fin de décembre de la même année, la maladie se déclara de nouveau.

Le 20 décembre 1888, il entre pour la troisième fois à l'hôpital de N..., où pendant un mois il reste toujours excité, avec une tendance à la violence : il se mettait à genoux, demandait pardon, se frottait le visage contre le mur, se roulait par terre, disant que les gens le grondaient, voyant devant lui l'empereur, Dieu, prenant son entourage pour des espions, se parlant à lui-même, criant, déchirant ses vêtements, se jetant sur les gardiens, se plaignant de sentir l'odeur cadavéreuse, différents gaz, disant qu'on l'empoisonne.

Vers le 20 janvier arriva une certaine accalmie et, le 24, il fut transféré à la clinique (pour la deuxième fois).

Cette fois-ci, il ne raconte rien de l'accès subi et même ne veut pas croire qu'il soit malade. Au contraire, il se croit victime d'une injustice; selon son avis, on l'a mis à tort à l'hôpital de N..., où on le maltraitait, le battait.

Les premiers jours, à la Clinique, on put constater chez lui une inquiétude embarrassée dans ses gestes, comme dans son langage. Il se rappelle très bien son premier séjour à la Clinique et, comme auparavant, il parle très bien de son passé, de ses affaires de service. Une semaine après, l'inquiétude ci-dessus signalée disparaît et pendant tout le reste du temps passé à la Clinique, il n'a plus ni délire, ni erreurs des sens, ni symptômes de l'affection mentale.

Le 2 mai, il sort de la Clinique comme guéri.

D'après les renseignements particuliers, quelques mois après, l'affection psychique se déclara de nouveau.

Observation VII.

Mme B. Froch., femme de capitaine, âgée de trente ans, entrée à la Clinique, le 30 août 1882.

Parmi ses parents, la grand'mère du côté maternel a eu une maladie mentale, le frère est aliéné.

Elle est catholique, a été élevée en partie à la maison, en

partie dans un couvent. Elle a eu toujours un caractère irritable, mais n'a jamais manifesté ni hystérie, ni autre maladie nerveuse ou mentale.

Elle est mariée depuis trois ans. A eu deux enfants, les couches ont été normales.

La dernière fois, elle a accouché le 24 juin 1882. Après s'être rétablie, au commencement de juillet (deux semaines après les couches), elle a eu une frayeur, ayant été réveillée en sursaut d'un sommeil après le dîner, par un grand bruit; elle se réveilla avec un cri sauvage et eut une attaque d'hystérie. Le lendemain elle était très irritée, n'ayant pas dormi la nuit, elle s'agita, demanda qu'on baptisât l'enfant sur le champ. Ces mêmes jours, elle fut très tourmentée de désagréments que son mari eut pour son service. Le mari ayant donné satisfaction à son désir, elle but après le baptême beaucoup de champagne, fut drôle et même grossière avec les invités. Les jours suivants, elle accusa les domestiques de vouloir l'empoisonner, dit des absurdités, se mit à crier, battre et mordre son mari, en un mot manifestant une grande excitation. Cet état dura presque sans cesse depuis le 12 juillet jusqu'à la moitié d'août, avec des accalmies momentanées. Pendant ce temps, elle n'avait pas un délire bien défini ; de temps en temps, elle se disait être une sainte, la sainte Vierge, puis se plaignait que les diables la poursuivaient. A partir du 11 août, elle devient plus calme, quoique de temps en temps elle ait encore des accès de fureur.

30 *août*. A son entrée à la Clinique, on constata de l'affaiblissement de la nutrition et de l'anémie ; point d'autres symptômes somatiques. A son entrée à la Clinique, ainsi qu'à la visite médicale, elle oppose une résistance passive, c'est à peine si l'on réussit à plier ses bras et ses jambes, elle garde pendant quelque temps les positions anormales qu'on donnait à ses membres. Les yeux fixent un point. Elle se tait obstinément. Cette immobilité et cette taciturnité durèrent quelques jours de suite; de temps en temps seulement, elle chantait des cantiques en polonais ; mangeait et dormait assez.

6 *septembre*. En se promenant dans le jardin, elle crache tout à coup dans la figure d'une garde-malade qui passait. Parle au docteur, répond très lentement, d'un ton pathétique, en scandant les syllabes. Il se trouve qu'elle ne comprend que très confusément tout ce qui l'entoure, se croit entièrement bien portante, veut sortir, se tient longtemps près de la petite

porte du jardin, pensant qu'on la laissera passer par là ; se souvient très bien de son passé et en parle.

Les deux semaines suivantes, l'immobilité prédomine. De temps en temps, elle prend des poses théâtrales, chante des cantiques. Quelquefois elle entre tout à coup en fureur, se jette sur les gardes-malades.

23 *octobre*. Très excitée. Demande obstinément à sortir, parce qu'elle s'ennuie à ne rien faire. En parlant, elle se rappelle avoir fait un scandale à la maison, avoir battu et mordu son mari, mais ne prend pas tout ceci pour une maladie et trouve que ça ne regarde pas les docteurs.

25 *octobre*. La nuit, sort dans le corridor avec un drap de lit sur la tête. Interrogée le matin pourquoi elle avait fait ceci, elle raconte une longue histoire : comme elle était allée dans le jardin, elle avait vu ses parents dans le pavillon, puis d'autres femmes, etc.; elle parle beaucoup et raconte sans fin la même histoire, c'est avec peine qu'on peut amener la conversation sur un autre sujet.

28 *octobre*. Se tient immobile dans un fauteuil. Les muscles sont fortement contractés et présentent une grande résistance aux mouvements passifs. Elle retient son souffle au point que son visage est congestionné. Ne réagit pas aux piqûres d'épingle, ne répond pas aux questions. Quelque temps après, se lève d'elle-même.

29 *octobre*. En parlant au docteur, elle se tourne tout à coup vers la fenêtre et dit : « Non, je n'irai pas. » Explique qu'elle a entendu de là une invitation d'aller au jardin. Refuse de donner des explications sur ses impressions, sous prétexte que ça lui ôte les forces.

Tout le mois de novembre, la malade reste sous l'impression de multiples erreurs des sens. Elle fixe un point, l'humeur douce et égale se transforme sans raison aucune en violence, elle reste longtemps immobile, ne répondant pas aux questions. De temps en temps, elle parle longuement au docteur, ou avec les gardes, se rappelant différents petits faits de son passé. Se dit parfois impératrice, exprime son mécontentement du peu de luxe de son entourage, dit qu'elle voit la couronne sur la tête du docteur. En voyant un étudiant inconnu, elle assure que la nuit on lui avait apporté sa carte photographique et qu'elle le connaît. Voyait ses enfants, quelquefois saint Jean-Baptiste et alors tombait en extase religieuse.

Au mois de novembre et de décembre, son état reste sans

changement. Mêmes hallucinations. Quelquefois cause avec son mari et avec sa fille; se plaint parfois que dans sa chambre cela sent drôlement.

Vers la fin de janvier, pendant les règles, elle a un violent accès de fureur.

Quelques jours après, elle devient très calme et demande poliment à sortir.

Le 24 *janvier*, raconte au docteur le commencement de sa maladie avec tous les détails et montre une mémoire excellente.

25 *janvier*. Excitée, refuse la nourriture sous prétexte que la vaisselle n'est pas assez bien pour elle. Parle toujours de sa délivrance, défend ses droits à la liberté et au revenu de son mari, parle fort sans s'arrêter.

26-31 *janvier*. Petite excitation, la malade se soumet à la règle de la Clinique, parfois refuse la nourriture.

1er *février*. Exprime son mécontentement de s'appeler Barbara (en russe *Varvara*), parce que ça ressemble au mot voler (en russe *vorawate*).

6 *février*. Excitée. Grossière.

8 *février*. Demande obstinément le prêtre catholique pour se confesser et communier. Elle a entendu des voix qui lui conseillent de se confesser. Les voix sortent du plafond.

9 *février*. Se tient immobile devant la fenêtre et regarde le ciel, elle voit là une quantité de prêtres habillés de rouge et d'autres personnes.

11 *février*. Les voix disent à la malade que son mari réclame le divorce; très affligée de cette nouvelle.

17 *février*. Pendant quelques jours, elle a été dans un état d'indifférence et d'apathie. A présent se plaint que toutes ses pensées sont répétées par des voix, le vent siffle des phrases, le gaz lui parle.

24 *février*. A peur de rester seule dans la chambre, dit qu'on y sent l'odeur cadavéreuse.

26 *février*. Excitée, déchire ses vêtements. Se plaint d'une masse de cafards qui sortent du plancher.

Pendant quatre mois, elle a des accès d'une fureur aveugle, pendant lesquels elle se jette sur les gardes-malades, tâche de les battre et de les mordre, gronde, déchire les coussins, jette la vaisselle. Redevenue calme, elle n'exprime aucun regret de pareils actes, au contraire, dit qu'elle s'ennuie, demande qu'on la laisse sortir de la Clinique. Parfois elle est calme plusieurs

jours de suite et se tient longtemps immobile devant la fenêtre, répond par monosyllabes. Par moment elle cause très gentiment de sa maladie et de son désir de retourner à la maison. D'autres fois, sa voix s'élève, devient menaçante, elle appuie sur chaque mot. Dit souvent qu'elle ira à la maison à pied. Les accès de fureur avec des actes de violence et des jurons, qui durent des heures, se manifestent souvent tout à coup, sans aucune raison antérieure, après un état très calme.

Au commencement de juillet, elle est restée longtemps entièrement calme, s'occupant d'ouvrages, lisant, écrivant à son mari. Par ses lettres, on peut voir qu'elle n'a qu'une idée confuse de son état.

Jusqu'en septembre a duré cet état, pendant lequel on ne pouvait découvrir ni erreurs des sens, ni délire. Puis de nouveau la malade a été excitée, prenait les passants pour des connaissances ; dans les sons des cloches elle distinguait des voix différentes.

En octobre, des erreurs des sens très vives. On lui a dit que son mari est arrivé et qu'il se trouve à la perspective de Nevsky ; elle est excitée, prend la surveillante pour sa mère, pleure, demande qu'on la laisse aller vers son mari et ses enfants, ne veut pas parler aux docteurs ; appelle les étudiants des socialistes.

Parfois dans ses paroles perce une excitation érotique, elle emploie souvent des mots indécents.

Par moments exprime des idées délirantes fantastiques : les parents voulaient la couper en deux et la manger ; plusieurs personnes qu'elle a vues avant au ciel, ont à présent ressuscité, entre autres son père et tous ses ancêtres.

Puis, les mêmes accès de fureur qu'avant, alternant avec un état de calme plus ou moins long, pendant lequel elle a des hallucinations, des idées délirantes, incohérentes, ne se rendait pas compte de son état.

La maladie conserva ce même aspect, sans changements essentiels, pendant un an entier. Depuis la seconde moitié de 1884, les hallucinations deviennent plus rares, les accès d'excitation ne montaient pas à la fureur aveugle, comme par le passé, les périodes de calme, sans confusion de conscience, devinrent plus fréquentes. A partir de novembre, l'excitation ne revient plus, son humeur devient égale et calme, la marche des idées plus régulière, plus de délire, ni d'erreurs des sens.

Dans cet état, la malade quitte la Clinique le 30 dé-

cembre 1884, réclamée par son mari, qui désirait la garder à la maison.

En résumant nos observations sous forme schématique, nous avons les données suivantes :

I. Prédisposition héréditaire. Absence de stigmates dégénératifs. Conditions de la vie défavorables. Brusque apparition de l'affection psychique après quelques jours d'une fièvre de caractère typhoïde. Défiance, peur d'une punition douloureuse pour des crimes imaginaires, hallucinations de l'ouïe et de l'odorat, idées délirantes de caractère hypocondriaque, ainsi que les idées fantastiques de persécution. Développement du délire dans un état d'excitation et de confusion ; sa persistance temporaire, quand s'est déjà établi le stade du calme et de la lucidité de conscience. Durée de la maladie, quatre mois. Guérison complète et durable.

II. Prédisposition héréditaire très marquée. Stigmates dégénératifs. Secousses morales répétées. Courte période prodromale de dépression. Développement subit d'une forte excitation avec confusion et idées délirantes de persécution et de grandeurs, les dernières d'un caractère religieux. Ralentissement de l'activité intellectuelle, incohérence des idées, état prolongé de confusion, hallucinations de l'ouïe et de la vue, exacerbation épisodique des erreurs des sens, de la confusion et des idées délirantes. Absence de systématisation du délire. Disparition graduelle de ces idées et des erreurs des sens. Durée de la maladie, à peu près neuf mois. Guérison.

III. Prédisposition héréditaire. Point de stigmates dégénératifs. Forte anémie. État de mélancolie, de défiance, d'une dévotion exagérée, de tristesse durant plusieurs mois. Brusque développement du délire de grandeurs. Délire des persécutions et idées délirantes de culpabilité avec exaltation religieuse et agitation. Puis

de nouveau idées de grandeurs. Aucun indice d'erreurs des sens. Absence du souvenir des idées délirantes. Durée de l'affection psychique manifeste, cinq mois.

IV. Pas d'antécédents héréditaires et de signes dégénératifs. Excès sexuels, secousse morale. Tristesse, insomnie, idées de suicide, maux de tête pendant plusieurs mois. Brusque développement de confusion, atteignant l'obnubilation entière de la conscience. Idées entrecoupées de persécution. Le malade confond les rêves avec la réalité. Trouble très profond des processus de perception des impressions du dehors. Pas d'indices bien distincts d'hallucinations. Brusque retour de la lucidité de conscience, avec disparition des idées délirantes et retour des fonctions psychiques vers l'état normal. Souvenir trouble de la maladie. Durée de la période de confusion, une semaine. Puis une longue durée d'un état de dépression de caractère neurasthénique avec accès d'angoisse. Disparition graduelle de ces symptômes pendant un an.

V. Hérédité, anémie, suractivité mentale, troubles moraux à cause des examens. Brusque développement de confusion, d'excitation, des idées de grandeurs et surtout de culpabilité et de persécution. Parfois, forte réaction affective. Brusque alternance d'exaltation et de dépression. Même répétition stéréotypée des idées de culpabilité en état lucide et obnubilé. Absence d'hallucinations. Brusque disparition de la confusion, puis du délire. Durée de la maladie, à peu près six semaines. Guérison. Plus d'une année après, rechute.

VI. Prédisposition héréditaire. Constitution névropathique. Secousse morale. Apparition périodique des accès du trouble psychique. Tous les accès se développent brusquement et sont caractérisés par des hallucinations multiples de l'ouïe, de la vue, de l'odorat, du goût et du toucher. Idées délirantes momentanées, surtout de per-

sécution, en partie de grandeurs, confusion profonde, forte excitation maniaque, atteignant souvent la fureur. Brusque disparition de l'excitation, des idées délirantes et des erreurs des sens. Le souvenir de ce qui est arrivé pendant l'accès n'est pas toujours également conservé. Durée des accès de confusion et d'excitation, de quelques jours à plusieurs semaines. Pendant les intervalles de lucidité, durant plusieurs mois, le malade n'a pas toujours conscience de la psychose subie.

VII. Hérédité, sans symptômes de dégénérescence. Début aigu de la maladie, deux semaines après les couches. Pendant ce temps, la malade a été effrayée et a eu du désagrément. Développement soudain des idées de persécution et de l'excitation, avec tendance à la violence. Bientôt après, extase religieuse, idées de grandeurs. Hallucinations de l'ouïe et de la vue. Parfois, immobilité et mutisme; parfois, accès de fureur. Prédominance de l'obnubilation de conscience. Absence complète de délire systématisé. Marche de la maladie lente, avec une détente graduelle de l'intensité d'excitation. Absence des symptômes de guérison après une durée de deux ans et demi de la maladie.

Le caractère général de nos observations se présente sous l'aspect suivant : sauf un seul cas, nous voyons partout l'hérédité, en employant ce mot exclusivement pour constater ce fait, que dans la famille du malade, il y avait encore d'autres cas d'affections mentales ou nerveuses. Comme moments étiologiques chez nos malades, dans le sens de graves incidents qui ont précédé la maladie, on peut noter les secousses morales, suractivité intellectuelle, anémie, fièvre, couches. Le début est si aigu, que presque dans tous les cas on peut préciser le jour de l'explosion ; quelques cas sont précédés d'une période plus ou moins longue de dépression. La marche de la psychose au commencement est toujours

impétueuse : de nombreuses idées délirantes de grandeur, de persécution ou de culpabilité, ou hypocondriaques n'ayant aucun rapport entre elles, surgissent en même temps ; elles se rattachent, paraît-il, à des erreurs des sens dont une production énorme accable le malade, quoique on ne puisse pas les constater toujours ; les idées délirantes surgissent et se multiplient, à ce qu'il paraît, primitivement, d'eux-mêmes. Puisque l'attention est absorbée par les divers phénomènes psychiques, remplissant tout à coup la conscience, celle-ci devient peu capable de percevoir régulièrement les impressions du dehors ; le malade s'oriente mal dans ce qui l'entoure et devient confus dans ses sensations internes ; il s'y ajoute l'influence des affections, tantôt sous forme de dépression, de peur ou de désespoir, tantôt au contraire d'excitation active, atteignant la fureur. La marche des idées chez le même malade chancelle entre un grand ralentissement et une accélération chaotique. On remarque une tendance vers la marche rémittente (1) et même intermittente, et la maladie se compose pour ainsi dire de paroxysmes réitérés, très impétueux, entre lesquels la réaction de la conscience sur les idées délirantes est moins forte. Le souvenir de ce que le malade éprouve pendant ces accès est le plus souvent très confus et parfois se perd entièrement. La plupart des cas finissent par la guérison ; dans les cas à durée prolongée, on n'observe aucune tendance du délire à la fixation ou à la systématisation. Dans la plupart des cas, la maladie dure des semaines et des mois, sauf l'obs. II qui a le caractère véritable d'une psychose périodique et la septième, qui appartient, à ce qu'il paraît, aux cas très prolongés, incurables.

---

(1) Cette particularité a été notée par *Westphal* dans sa description de la forme aiguë de « Verrücktheit » ; pour le caractériser, il a employé une expression très juste « schubweise » (par sauts).

Sans doute, je n'ai pas besoin d'expliquer que je n'ai pas du tout l'intention de présenter dans cet article, en m'appuyant sur une si petite quantité d'observations (1), un tableau clinique général de l'affection qui nous occupe; la courte généralisation des symptômes n'est faite ici que pour mieux démontrer que les cas décrits appartiennent au groupe qui a été distingué par différents auteurs sous les termes de paranoïa aiguë, « Verrücktheit », confusion hallucinatoire, « Wahnsinn, » délire d'emblée, etc. De même, mon peu d'expérience personnelle ne me permet pas d'examiner à quel point se confirme la distinction des variétés multiples de ce groupe établis par le Dr *Schüle*, ou quelles particularités offre la marche ultérieure des formes aiguës lors de leur passage à l'état chronique, incurable, ni de dire si le dernier état se distingue des complexus qu'offre la mélancolie ou la manie dans leur marche ultérieure, où tous ces états psychiques consécutifs, secondaires, sont identiques, etc. Toutes ces questions et encore d'autres, qui surgissent à propos de cette forme aiguë de la folie, doivent trouver leur solution dans des observations futures.

Mais je crois cependant avoir le droit de faire, en m'appuyant sur mes observations, quelques déductions générales.

Les cas ci-dessus, considérés et examinés, appartiennent à une catégorie distincte et très caractéristique d'aliénation avec une symptomatologie bien définie; d'où la nécessité de les séparer de toutes les autres formes d'affections psychiques.

En les comparant à la mélancolie et à la manie, nous voyons que dans ces dernières psychoses le moment

(1) Du reste, sauf les cas ci-dessus décrits, j'ai eu l'occasion d'en observer toute une série d'autres de la même catégorie.

définitif est le changement de l'humeur, du sentiment, ce qui les diffère essentiellement les uns des autres ; conformément à cela se modifient les autres manifestations de la vie psychique, la marche des idées, leur contenu, la sphère motrice; si la mélancolie ou la manie se compliquent par de fausses sensations, elles s'harmonisent avec l'élément fondamental de l'affection psychique, avec la dépression ou avec l'exaltation.

La comparaison des formes aiguës, examinées par nous, avec la paranoïa, c'est-à-dire avec le délire chronique, a été faite ci-dessus (V. numéro de janvier, p. 11); nous n'avons donc qu'à remarquer en abrégé que l'importance décisive pour le délire chronique, consiste dans la systématisation des idées délirantes, le caractère partiel de la folie, la lucidité de la conscience et l'absence de la réaction affective.

Comme antithèse de ces rapports psychologiques, nous voyons dans la série de nos observations, le trouble brusque de tous les facteurs de la vie psychique frappés inégalement et plus ou moins indépendamment l'un de l'autre. Quoique dans la plupart des cas, le premier rôle soit joué par les erreurs des sens, quoique les hallucinations et les illusions exercent une influence sur les idées et les sensations des malades, néanmoins, ni les unes ni les autres ne sont déterminées par eux ; ceci est prouvé tant par cette circonstance que les erreurs des sens peuvent être absentes, ou au moins ne pas jouer un rôle apparent, et néanmoins l'aspect de la maladie conserver son caractère, que par cette particularité des erreurs des sens qu'elles frappent toutes les sphères, et n'ont pas un contenu constant; c'est pourquoi on ne peut même parler d'un rapport immédiat entre elles et le délire du malade. Tout aussi inconstant et changeant est le lien entre le délire et l'humeur des malades, qui peut passer très vite de la plus profonde dépression à l'extrême

expansion. Enfin, il est nécessaire d'admettre la genèse indépendante de différentes et inconstantes déviations, que présente la sphère motrice.

L'obnubilation de la conscience et la confusion, propres aux cas examinés, sont sans doute, pour la plupart, l'expression du trouble simultané des différentes fonctions psychiques.

Le dérangement du mécanisme psychique, prédominant dans telle ou telle direction, en imposant à l'aspect de la maladie le cachet de dépression, d'agitation, de délire déterminé ou de suspension des actes psychiques, ne peut sans doute masquer que pour un certain temps la véritable nature de l'affection, d'autant plus que dans la plupart des cas pendants, les différentes périodes de la maladie prédominent tantôt l'un, tantôt l'autre facteur; mais si cet état dure du commencement jusqu'à la fin de la maladie, il peut servir de base à l'établissement des variétés, énumérées par *Schüle*.

Ainsi, les formes de l'aliénation mentale étudiées par nous ont le même droit d'être classées dans un groupe à part que la mélancolie, la manie et le délire chronique (paranoïa, en Allemagne); on les désigne à présent par le nom de « Wahnsinn », dans le même sens que l'emploient *Krafft-Ebing* et *Schüle*, en laissant le terme « Verrücktheit » au délire chronique (paranoïa).

Puisque ces formes se développent d'une manière aiguë, il pourrait sembler le plus convenable de leur donner le nom de « folie aiguë »; mais ce terme ne comprendrait pas en même temps les états chroniques, dans lesquels se transforment les cas incurables. *Meynert* a choisi, pour cette forme d'affection, le terme latin *amentia*. Dans la nomenclature russe, le Dr *Tscheremschanski* a choisi, pour traduire la dénomination « acuter Wahnsinn » de *Krafft-Ebing*, l'expression « délire sensoriel »; j'ai proposé à mon tour le terme « folie géné-

rale », qui s'harmonise bien avec le caractère psychologique de cette psychose, analysée ci-dessus.

Du reste, la question de dénommer les formes aiguës, étudiées par nous, n'a qu'une importance secondaire ; il n'y a d'essentiel que le choix d'un terme précis quelconque. Mais, laissant de côté les raisons scientifiques, ce choix a son importance au point de vue pratique, surtout en ce qui concerne la statistique, vu le pronostic favorable de ces cas, parce que faute d'une rubrique spéciale pour eux, on ne peut pas les distinguer d'autres.

Puis, il reste à savoir dans quel groupe des affections psychiques il faut placer la forme mentionnée. Est-ce une affection accidentelle du cerveau valide, ou n'est-elle pas autre chose que la manifestation d'une constitution psychopathique de l'organisation ; autrement dit, doit-on la classer parmi les psycho-névroses, ou parmi les formes de dégénérescence psychique où, comme on le sait, nous plaçons la paranoïa ? A propos de ce point, la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette forme se prononcent par expérience contre le caractère dégénératif de sujets atteints de cette affection mentale et je partage entièrement leur opinion. Pour la plupart, ce sont des gens qui, ni avant, ni après cette maladie, n'ont eu aucune anomalie, ni du système nerveux en général, ni de la sphère psychique en particulier. L'hérédité qu'on trouve dans la plus grande partie des cas, ne peut pas amoindrir la portée de cette thèse, parce qu'elle joue son rôle dans toutes les affections du système nerveux et, sans doute, n'est pas identique à la dégénérescence. Il ne faut pas non plus ignorer que, dans une grande quantité de ces cas, la maladie éclate immédiatement après l'action de troubles moraux, de la suractivité intellectuelle, d'une grande anémie, d'un accès de fièvre, dans l'état puerpéral, ainsi que la res-

semblance de cette forme avec le *delirium tremens* et autres psychoses toxiques.

Toutes ces circonstances font croire que cette forme d'aliénation mentale est un des modes de réaction du cerveau valide contre une série d'influences défavorables. Ainsi, je crois très juste et conforme à la réalité de la placer parmi les formes primitives de l'affection psychique, telles que la mélancolie et la manie, comme le fait à présent *Krafft-Ebing*, qui leur joint encore (dans la rubrique des psycho-névroses) la démence primitive curable.

Pour conclure, je voudrais indiquer encore une circonstance. Malgré la nécessité de séparer entièrement le délire primitif aigu de la paranoïa, on ne peut pas nier que dans la marche de cette dernière, et quelquefois dans son commencement, la maladie présente, pendant un certain temps, un aspect qui ressemble beaucoup au complexus de symptômes ci-dessus décrit. Précisément, au lieu du délire partiel systématisé et des erreurs des sens qui lui sont conformes, au lieu de la lucidité de conscience et la conservation des opérations logiques, enfin, au lieu d'une conduite calme et égale, propre aux paranoïques, nous voyons chez ces malades un état épisodique d'une grande excitation, avec un trouble de sentiments très prononcé, confusion, une grande production d'hallucinations dans toutes les sphères et de différentes idées délirantes, n'ayant rien de systématisé. Si cet épisode arrive quand la maladie est déjà bien développée, le délire partiel, qui existait avant, subit des modifications, change, reçoit de nouveaux éléments et une nouvelle direction; si, au contraire, la paranoïa a débuté de la sorte, le caractère de la maladie ne se découvre que quand l'impétueux accès des idées délirantes et des erreurs des sens se calme et, de leurs restes, se forme l'un ou l'autre délire

stationnaire. Puisque les cas de délire primitif aigu, qui restent incurables, ne se transforment pas en paranoïa avec délire systématisé, et comme d'un autre côté les complexus de symptômes caractérisés par la confusion, l'excitation, les erreurs des sens et le délire d'emblée sont propres encore à d'autres formes psychopathiques, qui n'ont rien de commun avec la paranoïa, comme par exemple l'épilepsie, l'hystérie, une telle marche de la paranoïa ne peut pas servir de point d'appui à l'ancienne idée que le délire primitif aigu et le délire primitif chronique appartiennent au même groupe, comme le soutient encore maintenant le Dr *Schüle*. Au contraire, je crois qu'il faut envisager ce fait d'un tout autre point de vue. Précisément, les cas de paranoïa, qui commencent ou se compliquent dans leur marche par des épisodes impétueux, ci-dessus mentionnés, se distinguent en général, même quand les phénomènes aigus ont passé, par un délire plus vaste et moins systématisé et par une plus grande tendance à se changer en démence, que la paranoïa classique, qui, depuis le commencement jusqu'à la fin, a une marche tranquille et se caractérise par un délire exclusivement partiel et par une conservation stationnaire de l'intelligence. La différence dans la marche clinique de ces deux variétés de la paranoïa est si grande, qu'on aurait pu les opposer l'une à l'autre comme les formes atypique et typique. Du reste, ces dernières remarques ne sont fondées que sur l'impression générale, faite par l'observation de malades semblables, et pour le moment je n'ai pas assez de données précises pour examiner d'une manière plus détaillée cette question spéciale.

LIPOMES SYMÉTRIQUES MULTIPLES

CHEZ UN PARALYTIQUE GÉNÉRAL

Par le Dr TARGOWLA,
Interne des asiles d'aliénés de la Seine.

L'affection lipomateuse connue sous le nom d'œdème rhumatismal, de pseudo-lipome, a été décrite chez les ataxiques, chez les individus atteints de névralgie tenace, chez les rhumatisants, en général, dans les névropathies à déterminations vaso-motrices. Cette affection a pour caractère distinctif sa disposition symétrique.

Nous avons observé un cas de lipomes symétriques chez un malade atteint de paralysie générale, dont nous relatons ci-dessous l'observation.

Observation.

SOMMAIRE. — Paralysie générale avec signes somatiques et psychiques. — Absence d'accès congestifs. — Développement généralisé de tumeurs lipomateuses dans le tissu sous-cutané. — Situation symétrique de ces tumeurs dans les régions zygomatique, mastoïdienne, mentonnière, claviculaire, deltoïdienne et sacrée des deux côtés du corps.

L..., François-Louis, quarante-deux ans, cocher, est interné au Dépôt, le 9 juin 1890. M. le Dr Legras pose le diagnostic de paralysie générale avec affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire; idées vagues de persécution. Inconscience des actes. Malpropreté. Troubles de la parole. Inégalité pupillaire.

MM. les Drs Magnan, Vallon et Marandon de Montyel, dans le service desquels le malade a successivement passé, con-

firment le diagnostic de paralysie générale avec tous les signes somatiques et psychiques.

Depuis l'époque de son internement à Ville-Evrard, le malade n'a eu aucune attaque congestive, ni accès d'agitation. Pas de maladie intercurrente.

A l'examen actuel, L... présente des signes somatiques de la paralysie générale : tremblement fibrillaire de la langue, inégalité pupillaire, trouble particulier de la parole, qui est une sorte de zézayement ; léger affaiblissement musculaire ; au dynamomètre, main droite 55 kilogrammes, main gauche 45 kilogrammes ; obtusion du goût et de l'odorat. Affaiblissement intellectuel marqué et diminution notable de la mémoire.

Les antécédents et les renseignements sur sa famille nous sont inconnus, le malade n'ayant jamais eu de visites ; cependant, il paraît résulter de son interrogatoire que sa mère est alcoolique et qu'un de ses frères est mort à quarante-deux ans de phtisie pulmonaire.

Le malade est un homme de taille au-dessous de la moyenne ; le système musculaire est peu développé ; le pannicule adipeux sous-cutané présente un certain développement, ce qui donne au malade l'aspect d'un individu gras. Le poumon, le cœur, les viscères abdominaux ne présentent aucune anomalie appréciable.

Nous procédons à l'examen des téguments de haut en bas, de la tête aux pieds.

A la région *zygomatique*, en avant du tragus, est située symétriquement, de chaque côté de la face, une tumeur lipomateuse, ayant la dimension d'un œuf de pigeon, mobile, de consistance molle, à contours bien limités. La tumeur du côté gauche est plus saillante que celle du côté droit ; la peau qui la recouvre est rougeâtre, tandis que celle qui recouvre la tumeur du côté droit a la coloration ordinaire de la peau.

En arrière de chaque oreille, au-dessus et un peu en arrière de l'apophyse *mastoïdien*, on trouve une petite tumeur qui a la dimension et la consistance de celles décrites plus haut. Cependant la tumeur du côté droit est moins saillante et ses contours moins bien limitées que celle du côté gauche.

La région *sous-maxillaire* est occupée par une masse graisseuse qui fait le tour de toute la région ; elle est séparée par une dépression linéaire de la région mentonnière, formant ainsi un menton à deux étages. Cette masse est lâche, diffluente, peu élastique. La ligne médiane la sépare, par une dépression à peine sensible, en deux moitiés inégales ; celle du côté droit

est plus saillante que celle du côté gauche. La tumeur gauche se continue avec un petit pannicule adipeux situé au-devant des gros vaisseaux et que l'on reconnaît à la palpation.

Le tiers moyen des deux *clavicules* est couvert par une formation lipomateuse de dimension d'une grosse noix, celle du côté gauche est d'une consistance fibreuse, bien saillante, reconnaissable à la vue ; au palper, elle se continue avec une tumeur vaguement diffluente située au-dessus de la clavicule.

La tumeur qui embrasse la partie moyenne de la clavicule droite est moins saillante que la précédente et a des contours limités.

La région *deltoïdienne* droite est couverte par un pannicule adipeux en forme de manchon, limité en haut par un bourrelet épaissi qui s'arrête brusquement au niveau de l'acromion. En bas, il se continue insensiblement avec les téguments du bras. Ce manchon adipeux fait le tour de la région deltoïdienne, ou plutôt, couvre sa partie antéro-externe. Il n'a pas de contours bien limités et sa consistance est celle de l'œdème dur. Ce n'est en somme que le développement exagéré du tissu graisseux sous-cutané.

La région deltoïdienne gauche est le siège d'une tumeur ayant les caractères de la précédente, moins accusés. Elle est de grosseur de la paume de la main et a des contours mieux limités que la précédente.

De deux côtés de la ligne médiane de la *région sacrée*, à sa partie supérieure et empiétant légèrement sur la région lombaire, on voit deux masses graisseuses.

Le lipome du côté droit est divisé par une dépression en deux parties : une qui est appliquée à la ligne médiane a la dimension d'un gros œuf de poule, à contours bien nets ; elle se continue avec une autre située en dehors d'elle ; celle-ci a la même dimension, mais ses contours sont moins accentués et se confondent insensiblement avec les parties saines.

La tumeur située à gauche de la ligne médiane est semblable à la partie interne de celle située à droite de cette ligne.

La tumeur située à droite et celle située à gauche de la ligne médiane sont réunies par une lamelle graisseuse qui passe par-dessus les trois apophyses épineuses supérieures de la région sacrée.

Nous constatons donc, chez ce malade, des tumeurs graisseuses arrivées à un développement plus ou moins

complet, disposées d'une façon symétrique, dans plusieurs régions du corps. Les régions zygomatiques, mastoïdiennes, mentonnière, claviculaires, deltoïdiennes et sacrées en sont le siège.

M. le Dr A. Mathieu a publié une observation de lipomes symétriques (1), dans laquelle il tend à démontrer que le lipome vrai, le lipome chirurgical, n'est qu'une transformation de pseudo-lipome et qu'il n'y a pas de limite bien nette entre le pseudo-lipome et le lipome vrai.

Il a démontré d'autre part, que certains œdèmes localisés étaient d'origine névropathique bien nette et qu'enfin certains troubles congestifs de la peau : érythèmes circinés, papuleux, ortié, érythèmes noueux et œdèmes localisés, se montrent fréquemment chez le même sujet et sont tous de nature angéio-névropathique.

L'observation qui précède vient à l'appui de cette thèse. Il s'agit d'un individu atteint de paralysie générale, dont le pannicule adipeux sous-cutané présente des infiltrations graisseuses situées symétriquement, dans différentes régions du corps. La consistance de ces tumeurs varie. Elles sont molles, diffluentes, dépressibles dans certaines régions, résistantes, lobulées dans d'autres ; une de ces tumeurs a une consistance fibreuse.

On voit aussi sur ce malade la transformation graduelle du lipome, dans toutes ses phases, allant de l'infiltration graisseuse simple (région deltoïdienne droite) jusqu'à la transformation fibreuse (région claviculaire gauche).

Nous avons vu au début que le lipome symétrique d'origine névropathique a été constaté chez les ataxiques et les individus atteints de névralgie tenace.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1890.

L'origine névropathique de cette affection chez notre malade n'est pas niable ; le développement généralisé de ces tumeurs, et leur disposition symétrique surtout, en sont la preuve. Mais quel est le point du système nerveux lésé qui a provoqué cette altération trophique des téguments? Est-elle sous la dépendance de la lésion cérébrale dont est atteint le malade, ou bien d'une lésion spinale quelconque, mal définie.

Notre malade est atteint d'une périencéphalite diffuse caractérisée par des lésions multiples des éléments constitutifs du cerveau : substance grise et substance blanche ; cellules et fibres nerveuses sont atteintes.

Des recherches modernes, sur les lésions caractéristiques de la paralysie générale (1), tendent à prouver que les fibres blanches à myéline sont les premières atteintes, que la désagrégation et la disparition de la myéline dans les différentes régions du cerveau est le signe distinctif des lésions cérébrales que l'on trouve dans les cerveaux des paralytiques généraux. Les lésions des cellules nerveuses des méninges, de la névroglie, des vaisseaux, ne sont pas constantes et se retrouvent dans d'autres affections nerveuses.

L'association de l'ataxie locomotrice avec la paralysie générale, démontrée par Baillarger, a été fréquemment constatée par plusieurs auteurs. Or, depuis les travaux de M. Charcot, on connaît bien l'expression anatomique de l'ataxie : c'est le cordon postérieur de la moelle qui est lésé dans cette maladie ; ce sont les fibres à myéline qui constituent cette région de la moelle qui se désagrègent, qui disparaissent tout comme les fibres à myéline de l'écorce du cerveau disparaissent dans la paralysie générale. Ces deux maladies ne sont donc pas

(1) Targowla. Essai sur les fibres nerveuses à myéline dans la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1890. J.-B. Baillière, éditeurs.

seulement fréquemment associées, leur origine nous paraît la même ; c'est le même processus morbide qui préside à ces deux affections : l'altération de l'élément myélinique du système nerveux.

De la localisation du processus morbide dépendent les manifestations cliniques de la maladie. Elles varient suivant que la lésion siège dans tel ou tel point du système nerveux.

C'est ainsi qu'on pourrait expliquer les lésions trophiques multiples que l'on constate chez les paralytiques généraux, lésions que l'on retrouve dans les affections médullaires, cérébraux et celles du système nerveux périphériques. Cette hypothèse, que nous proposons pour expliquer les lésions multiples et disparates qui atteignent les paralytiques généraux, ramène à une lésion unique les manifestations diverses de cette maladie. La lésion de l'élément myélique du système nerveux, voilà, selon nous, ce qui constitue le substratum anatomique de la paralysie générale (1).

Maintenant, nous sommes loin de connaître la localisation nerveuse de toutes les fonctions de l'organisme. Et notamment les affections variées, connues sous le nom générique de *troubles trophiques*, sont loin d'avoir leur siège anatomique établi.

Quel est le centre trophique de l'élément graisseux? nous n'en savons rien. Et pour ce qui concerne notre malade, nous ne pouvons dire quel est le point du système nerveux lésé qui a provoqué le trouble trophique dans son élément graisseux sous-cutané.

Notre malade est un paralytique général, l'élément myélique de son système nerveux est profondément

(1) Nous donnons cette hypothèse, à propos d'une observation, sans plus amples détails. Nous nous proposons ultérieurement de la développer.

atteint; il est atteint au niveau de son lobe frontal, puisque ses facultés intellectuelles sont profondément altérées et que nous savons qu'au niveau de ce lobe frontal s'effectue l'idéation; il est atteint au niveau des centres moteurs et certains centres sensoriels, puisqu'il présente des troubles de la motricité et des sens; l'élément myélinique est encore atteint dans un point des organes cérébro-médullaires, — point que nous ne connaissons pas, — qui a provoqué les troubles trophiques de son tissu graisseux.

La maladie dont est atteint notre malade est une, ses manifestations sont multiples.

Médecine légale

DE

L'INSTRUCTION DES AFFAIRES
EN MÉDECINE MENTALE

Par le Dr Ernest CHAMBARD
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés.

I.

Insuffisance des renseignements sur les aliénés internés dans les asiles.

Il n'est pas de médecin d'asile qui n'ait déploré la pénurie des renseignements qui accompagnent les malades confiés à ses soins. Les dossiers ne renferment, pour la plupart, au moins à l'arrivée de l'interné, qu'un certificat médical de placement ou bien un rapport médico-légal, où sont quelquefois passées sous silence les « particularités de la maladie mentale » dont l'article 8 de la loi exige pourtant la mention ; on n'y trouve guère, en tout cas, de renseignements sérieux sur les antécédents héréditaires et personnels du sujet, les circonstances de son arrestation, non plus que sur le nombre et les causes des séquestrations et des condamnations judiciaires qu'il peut avoir antérieurement subies.

De pareilles lacunes mettent souvent l'aliéniste consciencieux dans un grand embarras. Elles ne l'empêchent pas, à coup sûr, pour peu qu'il ait du métier, de formuler un gros diagnostic et de remplir les colonnes d'une feuille de certificat ; mais elles lui créent des difficultés presque insurmontables s'il veut se livrer à une analyse clinique plus approfondie et donner à l'administration, sur les questions d'interdiction, de capacité, de mise en liberté ou de maintien, des avis sérieusement motivés. Ce sont là, en effet, questions de pronostic plutôt que de diagnostic, et ce n'est qu'en sachant ce qu'a été et ce qu'a fait un aliéné que l'on peut présumer ce qu'il sera et ce qu'il est encore capable de faire en psychiatrie pratique, comme en histoire, *præterita futura docent.*

Il me serait facile d'appuyer ces doléances d'une statistique de dossiers incomplets et de cas où le défaut de tout renseignement a exposé le médecin à des retards, des atermoiements et des erreurs préjudiciables aux malades, au budget d'assistance ou à la sécurité publique ; mais ce serait enfoncer une porte ouverte et faire injure au lecteur. Il sait fort bien que la mise en liberté d'un alcoolique, par exemple, se présente sous un jour bien différent, que le malade soit un buveur héréditaire ou un buveur par occasion, qu'il en soit à son premier accès ou ait fréquenté maints asiles, qu'il se soit montré jusque-là débonnaire ou ait déjà commis, sous l'influence d'idées de persécution, des actes dangereux, qu'il doive, enfin, trouver, à sa sortie, un milieu calme, laborieux et raisonnable ou que la vaine poursuite d'une occupation, le spectacle de la misère des siens et des discordes domestiques, le vouent à une rechute fatale (1).

Aussi me bornerai-je, pour l'instant du moins, à citer

(1) E. Chambard. Étude casuistique sur la mise en liberté des aliénés. *Annales médico-psychologiques*, 1889.

à l'appui de ma thèse un fait choisi presque au hasard, mais topique, et comme, après avoir signalé le mal, il faut toujours chercher le remède, je proposerai une série de mesures qui me semblent propres à mettre le médecin aliéniste à même de formuler un jugement éclairé sur les questions qui lui sont journellement soumises et de résoudre, autrement qu'à vue de nez, le redoutable problème de la liberté ou de la détention indéfinie de ses concitoyens.

II.

Cas de dégénérescence mentale héréditaire à type criminel : absence de renseignements; dissimulation de ses antécédents par le malade; valeur sémiologique de la physionomie; renseignements fortuits; aveux et histoire du malade; discussion de la question de mise en liberté.

Le 27 juin 1890, je trouvai au quartier d'observation de l'asile de Cadillac un grand jeune homme arrivé de la veille. Après l'avoir un instant dévisagé, je fis remarquer aux internes du service les stigmates physiques de dégénérescence dont il était porteur, sa physionomie astucieuse et sournoise, son attitude louche et je leur annonçai que nous étions en présence d'un dégénéré à type criminel; je serais bien étonné, ajoutai-je, si cet homme n'avait pas dans son passé quelque action délictueuse et n'avait jamais eu maille à partir avec la justice.

Ce jugement sommaire prononcé, je me mis en devoir de prendre l'observation du « nouveau ». Au long interrogatoire que je lui fis subir devant les élèves, il répondit avec intelligence et politesse. Ses antécédents héréditaires étaient excellents : son père, marchand de vin à Alger, était le meilleur et le plus honnête des hommes;

sa mère : une bonne mère de famille ; ses frères et sœurs : parfaitement raisonnables ; il ne comptait parmi ses ascendants et collatéraux, ni aliénés, ni névropathes, ni alcooliques, ni infirmes, ni délinquants. Lui-même, après de bonnes études primaires à Oran, avait été pris du goût des voyages, était entré dans la marine, avait visité Naples, Constantinople et Alexandrie ; puis, son engagement fini, avait exercé, à Alger, avec honneur et profit, le métier de graveur sur métaux. Cette année, l'idée lui étant venue d'aller chercher fortune au Chili, il s'était rendu à Bordeaux pour s'embarquer ; mais obligé d'attendre le bateau et possesseur de 600 francs, il s'était laissé aller à des excès de femmes et de boisson. Un soir, étant gris, il avait fait quelque tapage sur la voie publique, parlé de réformer l'administration française et s'était proclamé le cousin du général Boulanger. Arrêté et conduit à la Permanence, il avait été le lendemain transféré à Cadillac, muni, pour toute pièce officielle, d'un rapport sommaire de M. le Dr Lande, le déclarant atteint d'excitation maniaque avec mégalomanie.

A nous en tenir là, nous avions affaire à un brave jeune homme, d'antécédents irréprochables, à qui une situation toute particulière : liberté illimitée dans une grande ville étrangère, gousset bien garni, désœuvrement, attente d'un départ pour un lointain voyage, avaient joué un vilain tour ; mais qu'il nous faudrait rendre bientôt à ses affaires : aussi commençais-je à me repentir d'avoir donné aux internes du service un exemple de légèreté d'appréciation d'autant plus condamnable que j'ai habituellement soin de les prémunir contre les dangereux attraits d'un diagnostic de coup d'œil et de jugements trop précipités.

Un peu de réflexion, cependant, me rassura et je ne crus pas la partie perdue. Notre malade avait de bien beaux antécédents héréditaires pour être porteur de

stigmates physiques de dégénérescence si accusés et, bien qu'inattaquable en apparence, son récit avait, comme son visage, une physionomie suspecte. S'il exposait la majeure et surtout la première partie de son histoire avec une aisance telle qu'on eût cru entendre une leçon apprise par cœur, il était des phases de son existence, principalement les plus récentes, à propos desquelles sa mémoire, tout à l'heure si précise, l'abandonnait et qu'il semblait désireux d'entourer d'une ombre discrète : il me fut même impossible de lui faire dire pourquoi il s'était si vite décidé à quitter la situation heureuse et lucrative qu'il avait à Alger, pour courir les chances d'un établissement lointain : « J'avais lu des annonces dans les journaux, » fut sa seule explication.

Mais une conviction morale ne suffit pas en psychiatrie pratique et l'on ne saurait pas plus interner que pendre un homme sur sa mine. J'eus alors l'idée de faire rechercher dans les Archives la trace de quelque internement antérieur et je reçus aussitôt un dossier fort intéressant. J'y appris que mon malade avait fait, du 14 septembre au 11 décembre 1877, un premier séjour à Cadillac pour des accidents d'origine vraisemblablement alcooliques et j'y trouvai des pièces instructives : une lettre de Me X..., avocat à la Cour d'Aix, datée de 1880, demandant si son client, déjà condamné plusieurs fois et prévenu de vol, avait présenté, pendant son séjour antérieur à l'asile, des signes de kleptomanie, et deux lettres du beau-père du malade, rappelant que son père était mort de delirium tremens et recommandant de faire coïncider sa mise en liberté avec le départ du bateau d'Algérie, de peur que « ce jeune homme, peu sérieux et d'un caractère faible, ne fît encore, avant de s'embarquer, de mauvaises connaissances ».

J'étais fixé : mon sujet était bien un dégénéré héréditaire à tendances criminelles et à antécédents judiciaires;

mais il me fallait le récit complet et, cette fois, sincère de sa vie. Je lui dis que j'allais provoquer une enquête sévère à son sujet, réclamer son dossier judiciaire et le renvoyai en l'engageant à me faire, sous peu de jours, une confession générale, seul moyen d'obtenir de moi une intervention bienveillante auprès de l'autorité préfectorale de qui dépendait désormais son sort. « Je croyais que vous ne sauriez rien, me dit-il; mais puisqu'il en est ainsi, je vous raconterai tout. »

Quelques jours plus tard, le malade « entrait dans la voie des aveux » et je pouvais rédiger son observation définitive, que j'ai d'autant plus lieu de croire exacte qu'elle était d'accord avec son dossier judiciaire que j'avais alors entre les mains.

Observation de Louis B.....

Antécédents héréditaires. — Nous n'avons que peu de renseignements sur les antécédents héréditaires de Louis B...; nous savons cependant, par ses propres aveux et par la lettre de M. X..., que son père, marchand de vins à Alger, ivrogne incorrigible, était mort à trente-cinq ans d'un accès de « delirium tremens ».

Antécédents personnels. — Né à Alger, B... fréquenta jusqu'à quinze ans l'école primaire : il y fut assez bon élève et y entretint de bons rapports avec ses maîtres et ses camarades. Mis ensuite en apprentissage chez un graveur, il quitta huit mois après son patron parce que « ce métier lui fatiguait la vue ». — Son père l'embarqua alors; à sa demande d'ailleurs, sur le bateau *le Saïd*, des Messageries maritimes, qui fait le service d'Alger à Alexandrie; son amour de la navigation tomba bientôt devant les exigences de la discipline et il se fit débarquer ou plutôt s'esquiva à Marseille, en compagnie d'un novice parisien avec lequel il s'était lié. Il voulait, après s'être amusé avec son pécule, s'engager pour la pêche de Terre-Neuve; mais il ne donna pas suite à ce projet, lâcha son camarade et vint chercher fortune à Bordeaux.

C'est là qu'il subit *sa première condamnation*. Ayant mangé

tout son argent avec les femmes du quartier Mériadek, il « emprunta » 100 francs à son logeur et fila sur Marseille ; mais il commit l'imprudence de revenir à Bordeaux chercher un embarquement, fut reconnu, arrêté et condamné, pour escroquerie et vol, à six mois de prison (1er septembre 1876).

A peine sorti de prison, il se fit interner pour la première fois à l'asile de Cadillac, où il séjourna du 14 septembre au 11 décembre 1877. Il paraît avoir eu, bien qu'il proteste de sa sobriété, un accès de délire alcoolique avec panophobie et idées de persécution. B..., dit le Dr Lafargue, qui rédigea le rapport de placement, âgé de dix-huit ans et inculpé de vagabondage, « est incohérent, croit qu'on veut le tuer avec un pistolet et se couche dans les coins de sa chambre pour échapper à ceux qui le poursuivent. »

Rendu à la liberté, le malade alla passer quelque temps à Alger, dans sa famille; cependant « rougissant de lui imposer la compagnie d'un mauvais sujet », il retourna bientôt à Marseille « chercher de l'ouvrage », fréquenta les voleurs et y subit en trois ou quatre ans une dizaine de condamnations pour mendicité, vagabondage, grivèlerie, ivresse, rébellion, outrage aux agents et vol.

Trop connu à Marseille, il se rendit à Aix, en Provence, où il encourut sa première condamnation sérieuse. Arrêté au moment où il cherchait à vendre un drap volé par un camarade, il trouva son arrestation injuste, se révolta, frappa un agent et fut condamné à un an et un jour de prison, pour vol et outrage à la force publique.

Sa peine expirée, B... vagabonda dans le Midi, vivant de mendicité et de vols et récoltant çà et là quelque condamnation de moindre importance. Nous le retrouvons à Aix où, le 13 octobre 1883, la Cour lui inflige deux ans de prison, pour vol d'une montre.

Dégoûté de la vie civile, il contracta, dans la légion étrangère, un engagement de deux ans pour aller au Tonkin « racheter sa mauvaise conduite »; mais, à peine incorporé, il dissipa une somme de 60 francs que lui avait prêtée un camarade et passa au conseil de guerre qui le frappa de deux ans de prison et le priva de ses droits civils et politiques.

Libéré en avril 1889, B... fit un court séjour à Alger, puis vint à Bordeaux dans l'intention de s'embarquer pour le Chili où il comptait faire peau neuve ; malheureusement, ses adieux aux vins de France et probablement aux alcools d'Al-

lemagne lui valurent un second internement à l'asile de Cadillac.

La carrière médico-judiciaire de B..., qui est, ainsi qu'on le voit, bien remplie, peut se résumer par le casier suivant :

I. — 1er septembre 1876. — Bordeaux. — Escroquerie et vol : six mois de prison.

II. — 7 mars 1877. — Bordeaux. — Grivèlerie : six mois de prison.

III. — 14 septembre 1877. — *Cadillac. — Alcoolisme subaigu : trois mois d'internement.*

IV. — 26 mars 1878. — Aix. — Vagabondage : deux mois de prison.

V. — 24 juillet 1878. — Marseille. — Vagabondage et mendicité : un mois de prison.

VI. — 16 septembre 1878. — Aix. — Vagabondage et mendicité : trois mois de prison.

VII. — 22 janvier 1879. — Marseille. — Ivresse, rébellion : deux mois de prison.

VIII. — 29 mai 1879. — Marseille. — Vol : quatre mois de prison.

IX. — 21 août 1879. — Aix. — Vagabondage : quatre mois de prison.

X. — 8 avril 1880. — Aix. — Vol et outrages aux agents : un an et un jour de prison.

XI. — 29 avril 1881. — Marseille. — Colportage d'allumettes et outrages : quinze jours de prison.

XII. — 2 août 1883. — Marseille. — Vagabondage : un mois de prison.

XIII. — 13 octobre 1883. — Aix. — Vol : deux ans de prison.

XIV. — 30 décembre 1887. — Conseil de guerre d'Oran. — Vol : deux ans de prison.

XV. — 30 décembre 1889. — Vagabondage : trois mois de prison.

XVI. — 27 mai 1890. — *Cadillac. — Alcoolisme subaigu : internement.*

Soit, en treize ans, deux internements dans un asile d'aliénés et quatorze condamnations, dont six pour escroquerie et vol, entraînant plus de sept ans et demi de prison.

Etat actuel. — B... est un jeune homme de trente ans, bien constitué, mais porteur de stigmates de dégénérescence héréditaire indéniables : sa figure est manifestement asymé-

trique au profit du côté droit et les oreilles, grandes et très détachées du crâne (agrandissement de l'angle auriculo-temporal de Frigerio) (1), donnent à sa tête ce que Giacchi (2) appelle pittoresquement l'aspect « d'une tête ailée et prête à prendre son vol ».

Sa physionomie, qui m'avait frappé dès le premier abord et mis sur la voie du diagnostic, est assez intelligente, mais malhonnête : avec son regard sournois et sa face rasée, il a l'air faussement humble et profondément hypocrite, c'est-à-dire clérical, « d'un bon frère ». De temps à autre, un sourire narquois complète la ressemblance. Ses discours accentuent la mauvaise impression que produit sa mine. Répondant avec beaucoup d'aplomb et de lucidité aux questions qui concernent la partie honorable, la plus courte d'ailleurs, de sa carrière, il montre, lorsqu'on aborde l'histoire de ses aventures, un embarras, un défaut de mémoire inexplicables et, même convaincu qu'il ne peut plus guère rien nous cacher, il s'efforce de glisser sur les motifs de ses nombreuses condamnations ou d'en atténuer l'importance.

Si notre sujet est doué d'une forte dose d'hypocrisie et de ruse, son intelligence, en dépit de sa physionomie, est, en réalité, très pauvre. Les questions que nous lui adressons sur ses voyages et divers points d'histoire, de science, de morale ou de religion, à la portée d'un homme ayant reçu une instruction primaire, nous le montrent très ignorant et complètement indifférent à tout ce qui est étranger au double but de son existence : satisfaire ses instincts de paresse et de vagabondage et se tirer des mauvais pas où ses vices l'ont conduit.

B... se conduisit convenablement à l'asile ; mais il ne tarda pas à réclamer sa mise en liberté, timidement d'abord, puis avec quelqu'impatience. Pour gagner du temps, je l'engageai à s'adresser à l'administration préfectorale qui me demanda bientôt mon avis à ce sujet.

La question ne laissait pas que d'être embarrassante ;

(1) Frigerio. L'oreille externe. Étude d'anthropologie criminelle. *Archives de l'anthropologie criminelle.* Septembre 1888.
(2) Giacchi. Faggi e birbanti. Milan, 1885.

car elle comportait, selon le point de vue auquel je me plaçais, deux solutions opposées.

Au point de vue théorique, B... est évidemment un aliéné et je n'hésiterais pas, dans une expertise, à le déclarer irresponsable. Guéri de l'accès épisodique de manie alcoolique, qui a occasionné son internement, il reste et restera un dégénéré héréditaire, atteint d'une perversion morale profonde, incurable et dangereuse. A ce titre, sa séquestration, une séquestration même indéfinie, est scientifiquement justifiée.

Mais, pratiquement, la situation est tout autre. B... appartient à une classe de dégénérés pour laquelle la société élève, non des asiles, mais des prisons. Nos établissements ne peuvent ni les tolérer, ni les conserver, ni les utiliser, et nos gardiens ne sont ni assez bien recrutés, ni assez bien dressés, pour les surveiller et les contenir. Dans nos quartiers, dans nos ateliers, ils troublent les malades ordinaires qui n'y trouvent plus le calme ni l'isolement qui leur sont nécessaires, ils fomentent avec les dégénérés de leur espèce, les hystériques et les épileptiques qui y sont de plus en plus nombreux, des révoltes dangereuses (1) et des plans d'évasion qui finissent souvent par réussir. Voudrait-on leur consacrer un quartier de sûreté spécial, confié à un personnel de surveillance convenablement choisi, ce serait enter sur un hôpital, une prison ayant toutes les rigueurs d'un établissement pénitentiaire sans en avoir les avantages. Ils y seraient plus malheureux que dans une prison véritable dont les pensionnaires peuvent, du moins, se livrer à un travail hygiénique et relativement rémunérateur. Ne serait-il pas, d'ailleurs, un peu cruel, de confi-

(1) Marandon de Montyel. Une révolte d'aliénés. *Société médico-psychologique*, séance du 30 juin 1890 (*Ann. méd. psychol.*, n° 2, 1890), et une Révolte à Bicêtre. *Archives de neurologie*, n° 58, 1890.

ner à jamais entre les quatre murs d'un préau, des hommes jeunes et vigoureux pour la plupart, habitués à la liberté du « trimard », bien plus sensibles que les aliénés proprement dits aux rigueurs de l'internement, et ne doit-on pas leur ménager une captivité d'autant plus mitigée qu'il est impossible d'assigner à sa durée aucune limite ?

Autre chose est de faire de la psychiatrie spéculative ou de la psychiatrie pratique. Scientifiquement, nous pouvons, au gré de nos opinions philosophiques personnelles, voir en B... un aliéné ou un criminel, un irresponsable ou un coupable; pratiquement, nous avons affaire à une organisation légale et administrative dont il nous est permis de souhaiter la réforme, mais à laquelle il nous faut, tant qu'elle dure, nous plier. Or, à l'heure actuelle, les dégénérés ont un sort différent, suivant que les lésions évolutives de leurs fonctions psychiques prédominent dans la sphère de leurs conceptions imaginatives ou dans celle de leurs instincts moraux. Délirent-ils, ils ont droit à l'asile, même s'ils commettent des actes délictueux rattachables à leur délire; commettent-ils des actes délictueux sans que leurs facultés intellectuelles paraissent troublées, ils passent en justice et sont voués à la prison, au bagne et parfois à l'échafaud. Les altérations constitutionnelles ou acquises de la volonté et des instincts moraux n'ont pas encore officiellement droit de cité dans le domaine des aberrations mentales. A cet égard, B... appartient à l'administration pénitentiaire et non à l'administration manicomiale.

Mais, me dira-t-on, c'est rendre à la société un bien mauvais service que de remettre en circulation un homme que vous savez dangereux, qui commettra, vous n'en doutez pas, de nouveaux méfaits, des méfaits peut-être encore plus graves, et que vous pourriez

garder, puisqu'un accès de délire alcoolique providentiel l'a mis entre vos mains, avec d'autant moins de scrupules que vous le tenez pour un dégénéré héréditaire, c'est-à-dire pour un aliéné véritable. Sans doute ; mais je ne puis rendre à la société un pareil service aux dépens de la tranquillité et de la sécurité auxquelles ont droit les aliénés ordinaires. Ce sont les seuls, d'ailleurs, qu'elle entende me confier, à moi, médecin d'asile, et il ne m'appartient pas de vider les établissements pénitentiaires des nombreux délinquants constitutionnels qu'ils renferment au profit d'asiles, c'est-à-dire d'hôpitaux, qui n'ont rien pour les recevoir, les employer et les garder. C'est à la société qu'il appartient de séparer ces derniers des délinquants d'accident et de leur appliquer les mesures, à la fois radicales et humaines, que commandent leur incurabilité et leur irresponsabilité. C'est à elle de reformer ses lois surannées, de renoncer aux hypothèses métaphysiques et théologiques sur lesquelles elles reposent, de ramener la procédure criminelle à une question de diagnostic, de pronostic, de prophylaxie et de traitement, d'asseoir, enfin, son Code sur les bases scientifiques que lui fournira une science jeune encore, mais pleine de promesses : la criminologie positive.

Il me fallait pourtant conclure, car l'administration n'a cure du doute philosophique et prendrait au mot le médecin qui lui avouerait, pour toute excuse, se trouver, en face des questions qu'elle lui soumet, dans la situation de l'âne de Buridan. Je rédigeai donc, après bien des hésitations, le certificat de situation suivant :

« Je soussigné, etc., certifie que B..., atteint de dégénérescence héréditaire caractérisée, au point de vue physique, par quelques stigmates (asymétrie faciale, agrandissement de l'angle auriculo-temporal) et au point de vue mental, par un développement incomplet des facul-

tés intellectuelles et morales, paraît avoir été interné au cours d'un accès de délire alcoolique subaigu. Cet individu, aujourd'hui guéri de l'affection épisodique qui a nécessité sa séquestration, a subi un grand nombre de condamnations pour vagabondage, rébellion, escroquerie, vol, etc., et pleinement démontré son inaptitude à vivre en liberté sans faire courir de graves dangers à l'ordre social. A titre de dégénéré moral incurable, il devrait être indéfiniment détenu dans un établissement spécial où les sujets de son espèce seraient mis hors d'état de nuire et utilisés ; mais si nous avons égard aux distinctions actuellement admises entre les dégénérés aliénés proprement dits et les dégénérés criminels, ainsi qu'aux institutions qui en découlent, nous devons reconnaître que ce malade appartient plutôt au domaine pénitentiaire qu'au domaine manicomial : nous pensons donc qu'il convient de lui accorder sa sortie, tout en le soumettant à une surveillance de police efficace et d'attendre qu'il ait encouru la seule condamnation qui lui manque pour être envoyé en relégation. »

Quelques jours après, B... quittait joyeusement l'asile des aliénés de Cadillac.

III

De l'Instruction manicomiale.

L'observation que l'on vient de lire montre les difficultés que le médecin doit surmonter pour connaître son malade et résoudre, en connaissance de cause, les questions qui lui sont soumises. A première vue, B... n'était qu'un honnête alcoolique à renvoyer après une observation sommaire ; c'est, en réalité, un homme dangereux, doublement récidiviste et de l'Asile et de la Prison. Il a fallu, pour s'édifier sur son compte, que le médecin vît sur sa figure, non seulement les stigmates,

assez précis aujourd'hui, de la dégénérescence, mais ceux, beaucoup plus obscurs, du vice ; qu'il mît la main sur un dossier, qui eût pu faire partie des archives d'un autre établissement, et y découvrît une lettre qui eût pu n'avoir jamais été écrite : il a dû son diagnostic, non à des procédés réguliers d'investigation, mais au hasard et presque à la divination.

N'écrivant ici que pour des médecins et des administrateurs très versés dans les choses de la médecine mentale, je ne m'attarderai pas à montrer combien les lacunes que je signale sont regrettables. — Quel médecin d'hôpital se contenterait de diagnostiquer une tuberculose pulmonaire sans s'enquérir des antécédents héréditaires, des fréquentations et du genre de vie de son malade ? Quel magistrat jugerait un inculpé sans connaître sa carrière et s'être fait remettre, non seulement son casier, mais encore son dossier judiciaire ? Pourquoi le médecin aliéniste, dont la tâche est autrement difficile, dont les décisions importent non seulement à l'individu, mais à la société tout entière, qui dispose presque seul des intérêts et de la liberté de son justiciable, serait-il privé de tous les renseignements que le médecin ordinaire et le magistrat jugent nécessaire au consciencieux exercice de leur ministère ?

Le médecin aliéniste, appelé à prononcer de véritables jugements dont les conséquences sont parfois si graves, ne saurait, au contraire, s'entourer de trop de garanties. Il lui faut, au moins dans les cas douteux, connaître les antécédents héréditaires et personnels de son malade, sa biographie, le nombre, la date et les motifs des internements et des condamnations judiciaires qu'il peut avoir déjà subis et, très exactement, enfin, les circonstances qui ont rendu sa dernière séquestration nécessaire

Quelques exemples justifieront aisément ces exigences.

On sait combien l'évolution et, par suite, le pronostic d'une affection mentale diffèrent selon qu'elle frappe ou non un héréditaire. La connaissance des antécédents héréditaires d'un maniaque, d'un paralytique général, permet de présumer si cet accès de manie a quelque chance de rester isolé ou n'est que l'un des articles d'une longue chaîne d'accès semblables, alternant ou non avec des périodes dépressives, si cette paralysie générale suivra progressivement son cours normal ou si sa durée s'augmentera d'une ou plusieurs périodes de rémission, si, même, elle se compliquera de ces accès de délire pseudo-systématisé frisant parfois la folie raisonnante, qui peuvent masquer un moment l'affection fondamentale. Il est, je le sais, par la constatation de certains stigmates d'aberration évolutive et par les caractères qui leur sont propres, d'autres moyens de diagnostiquer la nature héréditaire des psychoses; mais aucun d'eux n'a la rigueur positive d'une enquête sérieuse sur l'histoire familiale du malade.

La connaissance des antécédents pathologiques de l'aliéné n'est pas moins importante. La notion d'un traumatisme antérieur jette un grand jour sur l'étiologie de certains cas de paralysie générale et d'épilepsie : elle peut même, dans cette dernière espèce, suggérer une intervention chirurgicale quelquefois heureuse. Bien des cas de folie inexplicables *a priori* s'éclairent lorsqu'on apprend que le patient est un hystérique, un épileptique ou relève de quelque fièvre infectieuse ; la découverte d'antécédents palustres, saturnins, syphilitiques, même anciens, peut être le point de départ d'indications thérapeutiques qui ont pour le patient une importance capitale.

Mais c'est surtout lorsque se pose la question de la mise en liberté ou du maintien d'un interné qu'il importe de connaître à fond ses antécédents personnels, c'est-à-

dire sa biographie, son milieu, les actes délictueux qu'il peut avoir commis et, surtout, les circonstances, les faits qui ont rendu nécessaire sa séquestration actuelle et souvent ses séquestrations antérieures. Ce n'est pas, en effet, aux termes de la loi de 1838, parce qu'un homme est aliéné qu'il doit être renfermé et maintenu, mais bien parce qu'il s'est montré et peut devenir encore « dangereux pour l'ordre et la sécurité publiques ». Or, comment savoir, en l'absence de tout renseignement, ce qu'ont fait cet alcoolique, ce persécuté, ce raisonnant, cet épileptique, pour attirer sur eux l'attention des autorités chargées de cet ordre, de cette sécurité et justifier une mesure aussi grave que l'est la privation de la liberté, en dehors de tout arrêt judiciaire; comment prévoir ce qu'ils sont encore capables de faire? Comment supputer, si nous ignorons le milieu qui les attend à leur sortie de l'asile, la manière dont ils subiront la transition de la surveillance à la liberté, les dures lois de la lutte pour l'existence, les discordes qui divisent ordinairement leur famille ? Un médecin exercé devine, je le sais, beaucoup de choses, juge bien vite son client forcé, ainsi que ceux de ses proches qui le visitent et ramasse de bric et de broc bien des renseignements; mais pour une décision aussi grave que celle qu'il est appelé à prendre, c'est sur des faits positifs et non sur de simples indices que son jugement devrait se fonder. Le certificat d'un médecin qui maintient un homme dans un quartier d'asile est un acte plus grave et qui engage plus la conscience que la sentence d'un juge qui envoie un criminel au bagne, parce qu'il est entouré de moins de formalités et soumis à un moindre contrôle; or, que dirait-on d'un juge d'instruction qui renverrait un prévenu devant la chambre des mises en accusation après une instruction aussi sommaire que celle dont nous devons le plus souvent nous contenter ?

Il est une catégorie de fous raisonnants qui nous fait sentir chaque jour toute l'étendue des lacunes que je viens de signaler. Fléaux de leur famille et terreur de leur entourage, ces tigres, une fois pris, se font agneaux : doux, conciliants, dociles, ils protestent de leur innocence et se plaignent de l'injustice de leur internement, nous mettant au défi de leur trouver la moindre conception délirante, de leur opposer le plus petit fait qui soit de nature à justifier leur maintien. Tout au plus reconnaissent-ils s'être livrés à quelques excès bachiques, avoir eu quelque moments d'irritation que les mauvais traitements qu'ils reçoivent chaque jour d'une femme ingrate ou d'enfants dénaturés rendent bien excusables. Pendant ce temps-là, ils écrivent lettres sur lettres aux autorités et mettent en mouvement leurs amis qui assiègent la Préfecture, visitent les journalistes et tentent d'intimider le médecin en le menaçant de leurs relations politiques. Celui-ci sait bien, en général, à quoi s'en tenir ; mais comment, en l'absence de tout renseignement sur les méfaits commis par le malade, conseiller le maintien d'un homme qu'il est obligé de déclarer, dans ses certificats de situation, « actuellement tranquille et exempt de conceptions délirantes » ?

Je reproduis, pour illustrer ce qui précède, le certificat que j'ai récemment rédigé à propos de la demande de mise en liberté d'un malade de mon service, le nommé Jean-Pierre Au..., âgé de quarante-neuf ans, demeurant à X... Cet individu est énergiquement réclamé par une partie de sa famille et quelques amis, entre autres le commissaire de police de sa localité, qui accusent en même temps son frère et sa femme d'avoir provoqué, pour se débarrasser de lui, les nombreux internements qu'il a injustement subis.

« Je soussigné, etc., certifie que Au... paraît être un dégénéré héréditaire raisonnant et enclin aux excès

alcooliques à la suite desquels il se livrerait à des excentricités et à des violences qui ont déjà motivé quatre internements dans un asile d'aliénés.

« Ce malade est, depuis son entrée à Cadillac, parfaitement tranquille et ne présente ni hallucinations, ni conceptions délirantes proprement dites ; toutefois, il ne semble avoir aucune conscience des actes qui lui sont reprochés et attribue ses nombreuses séquestrations au désir qu'ont de le faire disparaître ses parents, notamment sa femme, son beau-frère, son père et le médecin même qui a rédigé le certificat exigé par la loi.

« La question de la mise en liberté de ce malade, qui se livrera certainement à de nouveaux excès, est entièrement subordonnée à la nature ainsi qu'à la gravité des dangers qu'il a fait courir jusqu'ici à l'ordre et à la sûreté publiques. Or, malgré nos demandes, nous n'avons reçu, à ce sujet, que des renseignements incomplets et contradictoires. Tandis, en effet, que les certificats médicaux rédigés à l'occasion de ses séquestrations antérieures, le représentent comme un homme dangereux, menaçant sa famille de mort, cherchant à mettre le feu chez ses voisins, voulant éventrer les vaches et les chevaux, faisant du scandale dans les églises et terrorisant son entourage, le maire de X... ne voit en lui qu'un homme excentrique, excité par sa femme dont le caractère est déplorable, mais doux, bienveillant et estimé dans le pays.

« Dans cet état de choses, il conviendrait de faire une enquête sérieuse sur les antécédents du malade et les circonstances qui ont rendu nécessaire les quatre séquestrations qu'il a subies. Nous voudrions savoir, notamment, d'une manière positive, si Au..., sous l'influence d'excès alcooliques, s'est livré à des menaces de mort, à des tentatives d'incendie, à des actes de violence ou de cruauté contre les personnes et les animaux. Si oui,

nous conseillerons de le maintenir dans un asile d'aliénés ; si non, il sera peut-être possible de lui accorder, cette fois encore, la liberté. »

IV

Projet d'organisation de l'instruction manicomiale.

Cherchons maintenant le remède : aussi bien est-ce le meilleur moyen de se faire pardonner un peu de critique.

Et d'abord, le médecin peut et doit, dans les cas intéressants et embarrassants, réclamer de l'Administration les renseignements qui lui sont nécessaires. J'use largement de ce droit qui, s'il complique un peu la besogne des bureaux, ne saurait déplaire aux chefs du département, intéressés à voir à la tête du service médical de l'asile un homme consciencieux et réservé, ne se prononçant qu'après mûr examen sur les questions qui lui sont soumises.

Il est malheureusement peu efficace, car, malgré sa bonne volonté, l'Administration ne peut fournir au médecin des renseignements que, faute d'un service convenablement organisé, elle ne saurait elle-même se procurer. A nos demandes, elle répond, le plus souvent, par l'envoi d'un casier judiciaire où les condamnations du malade, s'il en existe, sont simplement énumérées et d'un rapport d'enquête machinalement rédigé sur un modèle presque uniforme, par quelque brave gendarme ou quelque greffier de commissariat, où nous apprenons que X..., « atteint de démence furieuse », est dangereux et doit être enfermé.

Ce n'est vraiment pas assez. A ces enquêtes sommaires, hâtivement et inintelligemment exécutées, il faut substituer de véritables *instructions psychiatriques*, méthodiques et complètes, dont je vais tenter d'esquisser le plan.

On me pardonnera si le remède que je propose n'est pas à la hauteur des réclamations que j'ai formulées :

La critique est aisée; mais l'art est difficile.

Je me suis efforcé de montrer dans les pages qui précèdent, que les éléments d'une Instruction psychiatrique complète, base nécessaire de toute observation et de toute décision en médecine mentale, étaient les antécédants héréditaires, pathologiques, biographiques du malade, les circonstances et les causes de son ou de ses internements, le relevé de ses internements antérieurs et de ses antécédents judiciaires.

Il serait peut-être excessif, au moins dans l'état actuel de l'organisation administrative, d'exiger tous ces renseignements et toutes ces pièces à la fois et pour chaque malade. Ce serait imposer aux bureaux de la Préfecture et à ceux de l'asile un surcroît de besogne au-dessus du nombre et de l'activité de leurs employés. Bien souvent, d'ailleurs, le médecin est plus à même que qui que ce soit de reconstituer l'histoire familiale et personnelle de son malade, soit en l'interrogeant lui-même, soit en recevant au parloir la visite de ses amis et de ses parents.

Aussi diviserai-je les éléments de l'instruction psychiatrique en deux catégories comprenant :

L'une, les éléments qui devraient accompagner constamment et obligatoirement chaque dossier de nouvel interné, ou *éléments obligatoires*.

L'autre, les éléments qui ne seraient fournis au médecin que sur sa demande, ou *éléments facultatifs*.

Les *éléments obligatoires* seraient :

1° Le *casier judiciaire*, que l'Administration se procurerait par les voies ordinaires lors de l'internement de l'aliéné.

2° Un relevé des internements déjà subis par le

malade, dans les asiles publics ou privés. Ce relevé, que j'appellerai *casier manicomial*, serait extrait d'un répertoire conservé soit au ministère de l'Intérieur, soit, selon la méthode que M. Bonneville fit adopter vers 1848 pour le casier judiciaire (1), au chef-lieu de l'arrondissement natal de l'interné.

3° Un *procès-verbal d'enquête* sérieux, rédigé après enquête personnelle par le maire de la commune ou le commissaire de police du quartier, relatant, non les dires et les appréciations des commères et des boutiquiers du voisinage, mais les *actes*, les *faits*, qui ont attiré sur le malade l'attention de l'autorité et rendu sa séquestration nécessaire.

Les *éléments facultatifs*, dont voici l'énumération, pourraient être réclamés par le médecin dans les cas particulièrement intéressants au point de vue scientifique, épineux au point de vue pratique et lorsqu'il ne pourrait tirer aucun renseignement du malade ou de ses visiteurs.

1° Le *dossier judiciaire*, que l'Administration de la justice m'a paru, jusqu'ici, communiquer assez volontiers.

2° Le *dossier manicomial*, formé des principaux certificats et des rapports d'enquête extraits des dossiers des asiles dans lesquels le malade a séjourné. Ces pièces pourraient être directement demandées par l'asile possesseur du malade à ceux qu'il aurait antérieurement habités et dont la nomenclature serait empruntée au casier manicomial.

3° Une *note biographique et mésologique*, indiquant les principaux faits de la vie du malade et permettant de juger du milieu dans lequel il est appelé à vivre. Elle

(1) Bonneville. — *De la localisation au greffe de l'arrondissement des renseignements judiciaires concernant chaque condamné, 1848.*

pourrait être rédigée, après enquête, par le maire de la commune.

4° Une *note médicale*, sur les antécédents héréditaires et pathologiques du malade, dont la rédaction pourrait être confiée au médecin le mieux placé pour connaître l'interné et sa famille.

Les cas de folie ne sont pas tellement nombreux dans une commune que la rédaction de toutes ces pièces, que l'on peut, d'ailleurs, simplifier au moyen de questionnaires imprimés, ajoute beaucoup aux occupations des personnes qui en seraient chargées. Quant aux bureaux des asiles, le surcroît de travail que leur imposerait la copie de pièces intéressantes du dossier judiciaire et l'expédition des pièces du dossier manicomial demandées par les autres établissements, ne pourrait que leur imprimer une activité salutaire (1). L'on pourrait encore, dans les asiles importants, doubler le secrétaire de la direction d'un employé spécialement chargé des écritures médicales et dans les asiles bicéphales, doter le médecin en chef d'un garçon de bureau, qui tout en tenant ses écritures, ferait ses courses, soignerait son cabinet, annoncerait les visiteurs et le protégerait au besoin contre l'irritation de parents souvent plus fous que leurs malades (2).

(1) Toutes ces opérations pourraient, d'ailleurs, être notablement accélérées par l'emploi de la machine à écrire ou des procédés de polycopie. Il est pitoyable de voir un commis passer une journée à calligraphier un document qui aurait pu être, en un quart d'heure, tiré à un grand nombre d'exemplaires.

(2) Cette adjonction, aux bureaux de l'asile ou au cabinet du médecin en chef, d'un employé chargé de tenir les écritures médicales, c'est-à-dire de la copie des certificats, rapports, bulletins de décès, observations, etc., devant figurer aux dossiers et sur le registre légal, dispenserait d'employer à ce travail, comme on le fait très souvent, des malades. Je n'ai jamais voulu, pour ma part, m'associer à cette pratique que je considère comme illégale et dangereuse ; illégale, parce qu'elle constitue une violation flagrante du secret médical ainsi confié à des individus qui

ne sont ni médecins, ni même responsables; dangereux, parce que la divulgation de l'opinion que le médecin de l'asile doit pouvoir exprimer librement et en toute sécurité, sur les malades, peut lui attirer de la part de certains d'entre eux ou de leur famille des haines redoutables. En aucun cas, ni dans les bureaux de l'asile, *ni dans ceux de la Préfecture*, les pièces signées du médecin aliéniste ne devraient être communiquées au public.

Établissements d'aliénés.

DE LA RÉUNION

DES

FONCTIONS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES

DANS LES ASILES D'ALIÉNÉS

Par le Dr LAPOINTE

Directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés d'Auxerre (1).

Je lisais dans le dernier numéro des *Annales médico-psychologiques*, un article sur le personnel médico-administratif des asiles, émanant du distingué médecin en chef de Ville-Évrard, le Dr Marandon de Montyel. Les médecins-directeurs et le régime qui découle de la réunion des fonctions médicales et administratives, y sont fort malmenés.

Je fais de la direction médicale depuis plus de vingt ans; j'avoue que je suis loin de partager la manière de voir de notre confrère.

Ses appréciations me paraissent en effet partir d'un

(1) Cet article avait été rédigé pour le numéro de janvier des *Annales;* mais étant parvenu trop tard, il n'a pu y être inséré. Il avait d'ailleurs été précédé d'un article très judicieux du Dr Samuel Garnier, de l'asile de Dijon, sur le même sujet. Comme il ne fait pas double emploi avec les idées qu'il défend, j'en ai réservé l'insertion pour le numéro de mars.

point de vue qui ne saurait être le vrai. J'estime avec lui qu'il faut que le directeur-médecin ne se désintéresse pas des progrès de la science. J'estime même qu'il est nécessaire qu'il s'en préoccupe sérieusement, et s'efforce à se tenir ainsi à la hauteur du niveau qui lui convient. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a, en médecine mentale, comme en médecine ordinaire, la science pure et la science appliquée, et que dans notre spécialité aussi deux catégories d'hommes sont nécessaires, les uns qui marchent en tête et les autres qui se limitent à une sphère plus humble. Les premiers sont comme les pionniers qui ont pour mission de saper le sol et d'ouvrir la voie. Les seconds viennent à leur suite, travaillant souvent sans bruit et se contentant du rôle effacé de faire application des principes et de les féconder par la pratique de chaque jour. La mission de ceux-ci se résumant en celle de véritables praticiens, est-elle moins importante et moins indispensable que celle des hommes de science qu'ils seront toujours heureux de se donner pour maîtres?

Il semble permis d'en douter.

Pour juger de la question, il convient d'envisager comme il doit l'être, le régime médical, que l'expérience, véritable maîtresse en fin de compte dans la circonstance, impose de rigueur pour le traitement des maladies mentales.

Or, l'expérience acquise non seulement en France, mais encore partout où ce régime a été institué d'une manière régulière, nous enseigne qu'il doit différer essentiellement de celui que réclame le traitement des maladies ordinaires.

Quand il s'agit en effet de ces dernières, le médecin a rempli toute sa tâche, lorsqu'il a posé un diagnostic et formulé une prescription pharmaceutique, ou encore signalé des mesures hygiéniques à prendre. Dans un

service d'aliénés au contraire, son action doit être beaucoup plus étendue, parce qu'elle doit s'exercer par des moyens éminemment variés. Tout dans le fonctionnement d'un asile est de nature à concourir au traitement, et tout convergera à ce but capital, si le médecin qui est à sa tête veut remplir fidèlement la mission qui lui incombe. « J'ai beau, disait un de nos maîtres à tous, chercher dans un asile la tâche de l'administrateur, je n'y trouve que celle du médecin » ; parole vraie et pleine de sens, qui prouve que le savant aliéniste à qui elle appartient, comprenait dans toute son étendue le régime applicable au traitement de l'aliénation mentale. Le fonctionnement lui-même du service, l'impulsion qui lui est imprimée, l'esprit qui y préside, sont en effet autant d'éléments qui ne lui sont pas plus étrangers que l'isolement, qui en est la première condition. L'unité d'action est dès lors d'une haute importance. C'est la clef de voûte qui tient tout l'édifice. Elle ne peut exister que si la double autorité de directeur et de médecin réside dans la même personne. Certains voudraient que le médecin eût la prééminence et fût en même temps dégagé des soins de la direction. Mais la prééminence au point de vue général, qu'on le sache bien, n'existera qu'autant qu'elle sera réellement agissante et effective, et que par suite elle se fera sentir aux yeux de tous au point de vue administratif. La prééminence ne peut être oisive. Il faut qu'elle agisse. S'il en était autrement, elle serait supplantée rapidement, et tomberait forcément au second rang, et de là, l'anarchie et le désordre, conséquences incompatibles avec l'efficacité du traitement indiqué.

Parmi les moyens qui concourent surtout au succès du traitement de l'aliénation mentale, il en est un qui est capital, que l'expérience démontre comme étant bien supérieur à tous les autres, que l'on pourrait dire dans

la majorité des cas, comme presque l'unique qui puisse être mis utilement en pratique, et dont tout spécialiste qui comprend réellement sa mission, doit faire application à chaque jour et à chaque heure de sa pratique. Ce moyen c'est le travail ; c'est le travail à tous ses degrés et sous toutes les formes, qui le rendent réalisable dans un service d'aliénés.

Le travail calme ou secoue l'état nerveux. Il calme l'excitabilité et secoue la dépression. Il entretient ou rétablit la santé physique. Il ramène souvent l'ordre dans l'entendement et aide singulièrement à la guérison, toutes les fois que l'incurabilité n'est pas un fait accompli.

Au point de vue du travail, les aliénés se divisent en trois catégories. La première comprend les aliénés curables et valides : il les guérit le plus souvent. Dans la deuxième, se rangent ceux qui sont incurables, mais encore valides. Par un véritable entraînement que le travail leur fait subir, il provoque et entretient chez eux l'activité, ressuscite des aptitudes profondément endormies ou en crée de nouvelles de toutes pièces, au profit de leur bien-être et aussi du bien général de l'établissement. Ces aptitudes, et c'est ici le côté vraiment admirable du résultat obtenu, se consolident avec le temps et deviennent habitudes. Celles-ci se substituent alors à la raison qui a perdu ses droits, font prévaloir l'ordre au milieu souvent de l'incohérence des idées et des actes, et relèvent de la déchéance physique et morale à la dignité d'hommes qui se rendent utiles, des êtres qui sans le travail seraient tombés à jamais dans le *caput mortuum* de nos asiles, c'est-à-dire dans la troisième et dernière catégorie de nos aliénés suivant la classification que j'envisage, et pour qui les soins hygiéniques seuls suffisent.

Tel est le résultat du travail appliqué comme moyen

de traitement dans les asiles d'aliénés. On peut dire que c'est le moyen par excellence et qu'un devoir impérieux impose d'y recourir dans la mesure entière du possible. Or, son application ne peut être que l'œuvre exclusive de la réunion des fonctions médicales et administratives.

Au médecin, le soin de juger des aptitudes de l'aliéné et du genre d'occupation qui lui convient, de faire droit, s'il y a lieu, à la bonne volonté qu'il manifeste, ou de le décider, en tournant, sans qu'il s'en doute, le refus ou les hésitations qu'il oppose souvent. Au directeur, celui de stimuler et d'encourager toujours par les agents qui relèvent de lui, et de s'ingénier à découvrir et procurer des moyens d'occupation.

Ces efforts d'ordre divers sont tellement connexes et doivent tellement tendre de pair au but à atteindre, qu'il n'est pas possible de concevoir même qu'ils puissent émaner de deux autorités distinctes. S'il en était autrement, et l'expérience qui en est faite le prouve assez, l'application du véritable et presque unique moyen de traitement de l'aliénation mentale, serait à peu près impossible. Ce que le médecin en effet jugerait utile et déciderait sous ce rapport, le directeur, qui n'en comprendrait pas la portée, l'accomplirait mal ou ne l'accomplirait pas du tout, ou encore ne marquerait aucun empressement et ferait obstacle par inertie.

Dire, comme certains confrères n'ont pas craint de l'avancer, que la réunion des fonctions médicales et administratives doit être condamnée parce qu'elle a été stérile ; dire encore que son œuvre est nulle, parce que le directeur tue le médecin, c'est avoir mal envisagé et compris la situation ; c'est enseigner une profonde erreur.

Et d'abord, la partie purement administrative qui incombe au directeur-médecin, est moins absorbante

qu'on ne le croit généralement. Des employés sérieux et capables, tels qu'il en existe dans tous les asiles bien organisés, en assurent les détails et il ne reste guère sous ce rapport pour tâche au directeur-médecin que l'initiative à prendre et la marche à ouvrir.

Beaucoup de nos confrères de la clientèle ordinaire ne remplissent-ils pas dans les communes où ils exercent les fonctions de maire? Ont-ils besoin dès lors de renoncer aux devoirs de leur profession, et leurs malades sont-ils moins nombreux et moins bien soignés que s'ils se refusaient à toutes préoccupations administratives? En outre, qu'on veuille l'accepter ou non, la vérité qui s'impose en ce qui concerne les asiles d'aliénés, c'est que les progrès réalisés dans leur régime depuis un demi-siècle, et ils sont tels qu'ils ne seront pas un des moindres mérites de notre époque, sont dus surtout aux spécialistes qui ont réuni aux fonctions médicales les fonctions administratives, c'est-à-dire aux directeurs-médecins.

Quel chemin parcouru depuis le jour où Pinel a ouvert les cabanons de Bicêtre jusqu'au jour d'aujourd'hui! Que les asiles actuels diffèrent par leur fonctionnement, des sombres réduits, des quartiers d'hospice, des *in pace* ou vieux manicomes d'autrefois! Quelle vigoureuse impulsion a été donnée au perfectionnement du régime des aliénés depuis cinquante ans, alors qu'ils étaient encore rivés à leurs chaînes, jusqu'au temps actuel, où on les voit de plus en plus nombreux, être rendus aux occupations pour ainsi dire de la vie ordinaire, soit qu'ils vaquent aux soins d'intérieur ou travaillent dans de vastes jardins, soit encore qu'ils s'appliquent à des travaux d'entretien dans des ateliers qui fonctionnent fort bien ou se livrent à la culture dans des colonies dont la bonne tenue et les produits font l'admiration de tous, témoins les colonies annexes des établissements de Dôle,

de Saint-Dizier, de Moulins, de Mayenne et d'autres mieux encore!

C'est en réalité par cet ensemble de moyens, supérieurs entre tous, que la direction médicale dans les asiles d'aliénés, arrive à faire prévaloir les chances de guérison que peuvent présenter nombre de malades, qu'elle soutient ou relève la santé physique et morale de tous ceux auxquels il est possible d'en faire application, et qu'elle obtient, malgré l'étreinte de la plus triste des maladies, qu'ils apportent encore leur quote-part de rendement dans le consortium de la vie générale.

Telle est en résumé l'œuvre du directeur-médecin d'asile d'aliénés. Elle consacre des progrès indiscutables, qui formeront l'un des beaux fleurons de la couronne de gloire de la dernière moitié de notre siècle. Personne ne pourra lui en discuter le mérite, parce que seul il a été en mesure d'en rendre effective la réalisation par l'étroite union qu'il possède des fonctions médicales et administratives, union sans laquelle il n'est pas possible de comprendre la mise en pratique du traitement spécial que réclame un service d'aliénés.

J'honore les hommes de science qui se placent à la tête des humbles praticiens des asiles. J'admire leurs savantes discussions sur le délire des persécutions, le délire chronique, etc. Mais je ne reste pas sans estime pour ceux qui se limitent à la pratique, telle qu'il faut l'entendre dans les asiles, et telle qu'elle ne peut exister sans l'union des fonctions.

Revue critique.

DES NÉVROSES

CONSÉCUTIVES AUX ACCIDENTS

Par le Dr A. CULLERRE

L'invention des chemins de fer a créé toute une pathologie nouvelle. Parmi les affections qu'ils ont fait naître, celles qui résultent de déraillements, de collisions, de chutes, de précipitations, sont assurément les plus intéressantes et les plus nombreuses. La multiplicité des lésions consécutives à ces catastrophes, le côté obscur et comme mystérieux de quelques-uns des symptômes observés chez des individus qui semblaient tout d'abord sains et saufs, la probabilité de nombreuses simulations en raison de l'importance des intérêts engagés, tout fit de ces suites d'accidents un sujet d'études attirant et d'une actualité malheureusement trop souvent renouvelée, si bien qu'à l'heure qu'il est, il existe sur ce point une littérature extrêmement abondante dont les Anglais et les Américains ont fourni la plus grosse, sinon toujours la meilleure part. Les articles ou monographies ayant pour titre les expressions originales mais à peu près intraduisibles de *spinal concussion*, *railway spine*, *railway brain*, ne se comptent plus dans ces deux pays. Tous les neurologistes allemands ont aussi dit leur mot sur les *névroses traumatiques*. La mêlée a été chaude, les opinions les plus contradictoires n'ont cessé de se heurter jusqu'en ces derniers temps (1). En France, la

(1) Voir les comptes rendus du dernier Congrès international de Berlin.

question n'a pas soulevé des débats aussi passionnés et le nombre des savants qui en ont entrepris l'étude est moins considérable. Ne nous en plaignons pas ; la qualité remplace avantageusement parfois la quantité : le professeur Charcot a jeté à lui tout seul assez de lumière sur les névroses consécutives aux accidents pour éclairer ses détracteurs eux-mêmes.

Un médecin de Chicago, le Dr S. V. Clevenger, en bonne posture pour étudier les accidents de chemins de fer, cette cité étant à la fois américaine et le centre de nombreuses lignes ferrées, vient à son tour de publier un gros livre sur le *spinal concussion* (1), et sur les *névroses traumatiques*, expression d'ailleurs énergiquement condamnée par le Dr Clevenger lui-même dont la piété voudrait consacrer à Erichsen tous les complexus névropathiques observés à la suite d'accidents et en faire la maladie d'Erichsen, *Erichsen's disease*, par reconnaissance pour ce médecin qui, en 1868, a été l'initiateur de ce genre d'études.

Chacun des travaux qui se sont succédé jusqu'ici sur ce sujet n'a pas marqué, tant s'en faut, une étape dans la voie du progrès ; il y a eu bien des pas en arrière et nous nous demandons si le livre de M. Clevenger lui-même, tout imposant qu'il soit par les proportions, tout consciencieux qu'il paraisse par l'abondance des matières et le nombre des questions traitées, n'indique pas un retour vers les erreurs du passé.

De ces états, les uns appartiennent à la *neurasthénie*, d'autres à l'*hystérie*, d'autres simultanément à ces deux névroses dont les éléments s'associent en proportions variables, l'*hystéro-neurasthénie*. La neurasthénie traumatique, on le sait, ne diffère pas de la neurasthénie spontanée (2). Elle peut affecter des physionomies cliniques aussi variables, suivant la prédominance de tel

---

(1) Spinal concussion : Surgically considered as a cause of spinal injury, and neurologically restricted to a certain symptom group, for wich is suggested the designation *Erichsen's disease*, as one form of the traumatic neuroses, by S. V. Clevenger, M. D. Philadelphia and London 1890. F. A. Davis, publisher.

(2) Pitres. De la neurasthénie et de l'hystéro-neurasthénie traumatiques. *Progrès médical,* 6 décembre 1890.

ou tel symptôme. Quant à l'hystérie traumatique, elle est bien connue depuis les mémorables études de notre compatriote le professeur Charcot, et c'est un sujet familier à tout lecteur français (1).

Il résulte de ce qui précède que les affections nerveuses consécutives aux accidents sont des *névroses*, c'est-à-dire des affections résultant de troubles fonctionnels, ne relevant d'aucune lésion organique. Et c'est précisément là que gît le progrès réalisé de nos jours, les premiers écrivains, peu familiers avec les désordres névropathiques, s'étant évertués à qui mieux mieux à rattacher ces désordres à des lésions positives de la moelle ou de ses enveloppes. Ainsi on admettait des hémorragies capillaires, des déchirures de la substance nerveuse, des scléroses et des myélites consécutives, des tiraillements des méninges, des ligaments de la colonne vertébrale, des racines nerveuses; puis, comme les malades refusant de succomber à ces prétendues lésions, on n'avait jamais occasion de les constater à l'autopsie, on s'est rabattu sur des changements moléculaires des éléments médullaires, parce qu'il fallait expliquer quand même ce qu'on ne comprenait pas, et qu'il ne manque pas de gens, même savants, qui, en fait d'explications, ne sont pas difficiles, parce qu'ils ne sauraient se résoudre à s'en passer.

Et nous voyons qu'Erichsen, précisément, tenait beaucoup à ces explications prématurées, et qu'il n'a pas du tout saisi la nature des désordres nerveux consécutifs aux accidents. Le *spinal concussion* est pour lui un terme compréhensif désignant à la fois : 1° des troubles fonctionnels; 2° la compression de la moelle par des extravasations sanguines; 3° la compression de la moelle par des exsudats inflammatoires; 4° des troubles nutritifs de ce centre nerveux lui-même.

Nous ne saurions donc appuyer la motion de M. Clevenger, et donner le nom d'Erichsen à une affection qu'Erichsen a le premier étudiée, il est vrai, mais qu'il n'a réellement pas reconnue.

---

(1) Ajoutons, pour être complet, qu'on a signalé consécutivement au choc mental produit par les accidents l'apparition de folie aiguë, d'épilepsie et de quelques autres grandes névroses.

D'ailleurs ce n'est pas seulement parce qu'Erichsen faisait du *spinal concussion* une affection *organique* de la moelle qu'il en a méconnu la nature, c'est aussi, et avant tout, parce qu'il en faisait une affection de la moelle. Le *spinal concussion* est, en effet, ainsi que le reconnaissent les neurologistes les plus autorisés, une affection surtout cérébrale et l'évolution des symptômes en est la meilleure preuve. C'est par des modifications du moral et de l'intelligence que la maladie commence et c'est sur ce terrain psychique modifié que se développe toute la série des symptômes consécutifs. L'humeur est la première altérée, puis une dépression persistante s'établit et jette comme un masque d'apathie et de souffrance sur le visage. La mémoire devient paresseuse, la conscience s'obscurcit. Le malade est silencieux, taciturne, recherche la solitude, n'ouvre la bouche que pour épiloguer sur son accident dont le souvenir devient comme le centre de gravitation de toutes ses pensées. A force d'en parler, de se le rappeler, de s'en remémorer toutes les circonstances, il en hypertrophie tellement l'image dans son esprit qu'elle efface tout le reste. Plus il s'éloigne du moment de la catastrophe et plus il s'imagine que le heurt qu'il a subi a été violent. Son mal seul l'intéresse, ses affaires, le monde, sa famille lui deviennent indifférents. Il se tâte, s'observe, étudie ses moindres sensations et tombe peu à peu dans une hypocondrie qui aboutit quelquefois à une mélancolie véritable, entrecoupée d'accès anxieux d'un caractère panophobique. Arrivé à ce point extrême de la maladie, le patient est pris par intervalles d'une appréhension pleine d'angoisse, « comme si un crime venait d'être commis, ou si quelque danger était imminent ». Sa figure exprime la terreur ; tantôt il reste accroupi, tremblant, dans un coin ; tantôt il circule fébrilement autour de sa chambre, les pupilles dilatées, le cœur affolé, proférant des plaintes entrecoupées de profonds soupirs. Un rien l'émeut et le fait pleurer et on l'entend pousser des cris de vieille femme à propos de l'incident le plus ordinaire.

Nous avons insisté sur la description précédente parce qu'elle retrace un tableau bien connu des médecins aliénistes : celui de la neurasthénie hypocondriaque. Dans le cas précédent, le choc mental résultant de l'accident

a produit des effets absolument calqués sur ceux que produit la crainte d'une maladie imaginaire. Par exemple, un homme d'un certain âge, affligé d'une prédisposition névropathique héréditaire — dans tous les cas de ce genre il y a prédisposition — éprouve quelques troubles de la vision de peu d'importance, mais dont il se frappe vivement l'esprit. Il fait le tour des médecins de sa province et n'éprouvant aucun soulagement, il en arrive à s'imaginer qu'il va devenir aveugle : et la neurasthénie psychique, entrecoupée des accès panophobiques de tantôt, ne tarde pas à faire son apparition.

L'effet du choc mental est encore bien plus évident quand il s'agit d'hystérie traumatique. « Les paralysies d'origine psychique étaient connues des anciens auteurs, dit Oppenheim (1), mais Charcot les a le plus complètement décrites et en a démontré expérimentalement la véritable nature. Par ses expériences sur les hystériques en état d'hypnose, il a prouvé qu'on pouvait à volonté chez ces sujets provoquer des paralysies et des anesthésies identiques à celles qui surviennent à la suite d'accidents. D'où Charcot a conclu que ces phénomènes sont d'origine psychique, et sont dus à une auto-suggestion, le choc mental produisant un état analogue à l'état hypnotique. »

Cet hommage au savant français est précisément ce qui contriste le Dr Clevenger. Il ne se console pas d'être en désaccord avec Oppenheim, qu'il gourmande doucement de sa faiblesse pour les théories de M. Charcot, dont il annonce dans une autre partie de son ouvrage le *fiasco* et la *déconfiture*. Le Dr Clevenger ne croit ni au choc mental ni à l'auto-suggestion. Pour lui, la « théorie de la frayeur » est absolument ridicule. La frayeur peut bien occasionner des phénomènes passagers tels que la syncope, le vomissement, la diarrhée : elle est aussi selon lui la cause la plus fréquente des folies épileptique, hystérique et choréique, mais elle est incapable de produire la maladie d'Erichsen. Ne voit-on pas, fait-il observer, ceux qui ont des membres rompus et des os broyés dans un accident échapper précisément aux prétendus effets de la terreur ?

---

(1) *Die traumatische Neurosen.* Berlin, 1889.

Le terrain étant ainsi déblayé, M. Clevenger fait connaître sa théorie. Elle consiste à expliquer tous les phénomènes nerveux consécutifs aux accidents par des troubles vaso-moteurs et des lésions du système sympathique. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tous les développements où il est entré pour appuyer ses idées, dont les principales sont que les phénomènes irritatifs et hyperesthésiques proviennent d'engorgements des capillaires, tandis que les anesthésies et les paralysies sont le résultat de contractions et d'anémies de ces mêmes vaisseaux; les phénomènes cérébraux n'échappent pas à l'explication et c'est par la non-décussation du sympathique qu'il se rend compte de la présence des anesthésies et des paralysies *du côté qui a subi le choc*. En raison des connexités qui existent entre le grand sympathique et la moelle, on voit que nous avions raison de dire en commençant que le livre de M. Clevenger était un retour vers les idées du passé.

A-t-il vu au moins ces lésions du sympathique qu'il suppose exister? Pas précisément. Il annonce seulement que « si on examinait avec soin les ganglions prévertébraux, c'est là qu'on découvrirait les lésions de la maladie d'Erichsen », ce qui nous permet de conclure en disant que la démonstration de M. Clevenger n'est encore qu'à l'état de *pieux désir*, ce qui est insuffisant pour en rendre l'adoption définitive.

Voyons donc quel était, avant le Dr Clevenger — c'est-à-dire hier — l'état de la science sur la question et comment on envisagerait, au point de vue théorique et clinique, les troubles nerveux consécutifs aux accidents.

Un accident vient de se produire : prenons un accident de chemin de fer, bien que tous les accidents quels qu'ils soient puissent avoir les mêmes conséquences pathologiques. Parmi les victimes, il y a des morts, des blessés, des contusionnés; d'autres qui, après avoir été secoués, heurtés, renversés, ballottés d'une paroi à l'autre du wagon comme des noix qu'on agite dans un sac, se retrouvent sur leurs pieds, ahuris, épouvantés, mais saufs. De ces derniers, les uns en seront quittes pour la peur et ne tarderont pas à reprendre leurs esprits d'une façon complète et définitive; chez quelques autres, le

trouble émotionnel, ou pour mieux dire le *choc mental*, car c'est d'un véritable choc qu'il s'agit, aura été assez intense pour affecter d'une façon persistante la sensibilité, le moral et l'intelligence. Quelques jours, quelques semaines, quelques mois peut-être après le traumatisme psychique, des symptômes vagues et principalement subjectifs font leur apparition.

C'est une modification de l'humeur et du caractère, une irritabilité anormale, une émotivité exagérée, une incapacité de travail, des troubles légers de la mémoire; des sensations douloureuses dans les parties heurtées, une rachialgie lombaire et sacrée, exaspérée par les mouvements volontaires et la pression des apophyses vertébrales; des céphalalgies hémicrâniennes ou en calotte, des vertiges, des étourdissements, des tendances à la syncope. L'insomnie est fréquente. Le plus souvent le sommeil est troublé par des rêves pénibles, des cauchemars pendant lesquels le patient repasse par les transes de l'accident, se réveille en sursaut et cherche à prendre la fuite. Dans quelques cas, on observe des troubles spasmodiques, des mouvements convulsifs, des tremblements simulant diverses maladies nerveuses connues. Les nerfs cardiaques peuvent être irrités et contribuer à aggraver le syndrome morbide. Si les troubles urinaires sont rarement observés, en revanche l'affaiblissement de la puissance génésique est un phénomène d'une réelle fréquence.

A ces symptômes s'en ajoutent souvent de plus importants : je veux parler des troubles de la sensibilité et du mouvement.

Ce sont des paresthésies sensitives et sensorielles; reptations, fourmillements, sensation de froid courant le long des membres; scotomes, scintillements, mouches volantes, hallucinations colorées, tintements, sifflements d'oreilles; perversions du goût, plus rarement de l'odorat; des hyperesthésies de la peau et des divers sens; des anesthésies cutanées, muqueuses et profondes, totales ou limitées à un mode de sensibilité, à un membre, à une portion de membre, en plaques, ou sous la forme hémianesthésique, ne suivant jamais la distribution d'un nerf ou d'un plexus, mais s'arrêtant brusquement, capricieusement, et se manifestant toujours, lorsqu'elles sont par-

tielles, *du côté qui a reçu le choc.* Parmi les anesthésies sensorielles, les plus fréquentes sont le rétrécissement du champ visuel, l'achromatopsie, la dyschromatopsie, la diminution de l'acuité auditive, le phénomème étant toujours plus accentué du côté de l'hémianesthésie sensitive, lorsqu'elle existe.

Les troubles moteurs consistent en perturbations dans l'association des mouvements de la marche, en parésies et en paralysies. Ces dernières sont complètement différentes des paralysies de cause organique ; les réflexes tendineux ne sont pas abolis, les muscles conservent leurs fonctions et leurs réactions électriques. Elles affectent les formes les plus variées, paraplégies, hémiplégies, monoplégies.

Nous sommes loin d'être au bout de la symptomatologie des névroses consécutives aux accidents, mais nous nous en tiendrons à l'énumération précédente qui passe en revue les plus saillants, les plus typiques, nous pourrions dire les plus spécifiques de ces symptômes, sans crainte d'être taxé d'exagération.

Il va sans dire que tous ces phénomènes ne se rencontrent pas chez le même individu. Bien au contraire et c'est un point signalé par la plupart des auteurs, chaque névrosé a sa physionomie spéciale ; en d'autres termes, ces nombreux symptômes se groupent suivant leurs affinités propres pour former autant de complexus distincts, qui, observés isolément chez les malades, n'en rentrent pas moins tous en un petit groupe de formes trouvant sans difficulté leur place dans les cadres de la pathologie.

Peut-être devons-nous cette répugnance des étrangers et surtout des Américains à adopter la théorie du choc mental et à reconnaître l'origine cérébrale de ces névroses traumatiques, à cette circonstance qu'ils se montrent très préoccupés du côté médico-légal de la question. Il paraît scabreux pour un expert d'affirmer devant un tribunal américain la nature purement nerveuse d'une maladie que son client a contractée dans un accident de chemin de fer, et plus scabreux encore de reconnaître que cette maladie n'est autre souvent — *proh pudor!* — que l'hystérie, cette maladie que les jurés, dans leurs préjugés de philistins, sont bien près de considérer

comme une maladie honteuse; et M. Clevenger, citant Dana, nous conduit à une audience où nous voyons l'avocat du plaignant brandir devant les juges le livre d'Erichsen, l'illustrissime savant, grâce auquel il démontre que son client a bien une maladie réelle de la moelle, tandis que l'avocat de la défense, s'armant à son tour du livre de H. Page, savant non moins illustre, prouve clair comme le jour que le *spinal concussion* n'existe pas, et que tous les plaignants sont des simulateurs.

L'idée de simulation hante évidemment bon nombre de nos confrères de l'autre côté de l'Atlantique, et leurs mœurs médicales et judiciaires que M. Clevenger ne cherche pas à dissimuler et dont, faute d'espace, nous ne pouvons donner une idée, expliquent jusqu'à un certain point — sinon scientifiquement, du moins humainement — leur défiance.

Spitzka admet que la moitié des plaignants sont des simulateurs.

Bremer prétend, et M. Clevenger partage son avis, qu'une bonne part des 125 millions d'indemnité que les compagnies de chemins de fer américaines et anglaises déboursent annuellement, va à des plaideurs qui n'y ont réellement pas droit.

Judd se demande s'il existe bien réellement quelque chose de semblable à ce que les livres décrivent sous le nom de *spinal concussion*, et Bramwell recommande de tenir en suspicion tout symptôme subjectif, d'en proportionner la valeur au caractère du plaignant, à sa véracité, à son attitude, au montant de l'indemnité qu'il réclame et aux circonstances accessoires de son cas.

Dans ce concert presque universel de défiances, le Dr Coombs Knapp fait cependant une heureuse exception. En un très substantiel travail, publié dans *The Boston medical and surgical journal* (1), il expose tous les procédés à employer pour dépister la simulation dans les cas médico-légaux de névroses traumatiques, et donne à ses confrères les moyens d'arriver sûrement et

---

(1) *Methods of examination in medico-legal cases involving suits for damages for real or supposed injuries to the brain and spinal cord*, by Philip Coombs Knapp, Boston, 1889.

promptement à un diagnostic précis et inattaquable : « On suppose souvent, dit-il, que dans la majorité de ces cas il y a fraude ou tout au moins énorme exagération ; que la plupart des symptômes sont simulés et que les patients guérissent, aussitôt l'indemnité obtenue. Mais les neurologistes les plus récents ne fournissent aucun appui à cette théorie. Les suppositions de fraude et les cas de simulation nous sont fournis par des chirurgiens, et souvent par des chirurgiens de chemins de fer dont le parti pris est trop évident. La pratique du chirurgien le familiarise surtout avec les phénomènes objectifs les plus accusés ; il est rarement expert en neurologie, aussi ses habitudes d'esprit le rendent-elles incapable d'apprécier à leur entière valeur des signes légers qui ont, aux yeux du neurologiste, une haute signification diagnostique. »

Ce n'est pas nous qui démentirons le Dr Knapp. Nous voyons trop à chaque instant combien les phénomènes psychiques les plus caractérisés sont méconnus ou faussement interprétés par des hommes d'ailleurs instruits et même savants, quand ils manquent de l'initiation nécessaire. L'étude impartiale des documents et du livre du Dr Clevenger lui-même démontre, à n'en pas douter, qu'il faut un neurologiste doublé d'un psychologue pour comprendre quelque chose à ces mille désordres nerveux qui succèdent aux accidents et dont nous avons essayé, dans les pages précédentes, de donner une idée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1890.

Présidence de M. BALL.

Lecture et adoption de procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

M. LE PRÉSIDENT donne lecture d'une lettre de M. Ritti, secrétaire général, qui, cruellement frappé par un deuil de famille, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

M. Ball exprime en termes émus les sentiments de sympathie que ressentent tous les membres de la Société envers leur collègue, à l'occasion du malheur qui l'atteint.

M. Paul Garnier, suppléant le secrétaire général, est chargé d'écrire à M. Ritti pour lui transmettre l'expression de tous les regrets de la Société.

M. PAUL GARNIER fait hommage à la Société de la thèse inaugurale de M. Henri Colin, interne à l'infirmerie spéciale du Dépôt. Cet important travail intitulé : *Essai sur l'état mental des hystériques*, a la bonne fortune d'être présenté au public médical par M. le professeur Charcot, dans le service duquel l'auteur s'est familiarisé de longue main avec le sujet qu'il a traité, en s'appuyant sur des documents cliniques très nombreux et fort intéressants. Grâce à ses connaissances en neuropathologie et en pathologie mentale, amassées à la Salpêtrière et dans les asiles de la Seine et à l'infirmerie spéciale du Dépôt, M. Henri Colin se trouvait dans d'heureuses conditions pour poursuivre avec fruit l'étude qu'il a entreprise. Je ne peux faire ici l'analyse de cet ouvrage. Ce que je tiens à dire, c'est que, pour

l'auteur, il n'existe pas, à proprement parler, de folie hystérique. Quand le délire, — je ne parle pas du délire paroxystique qui accompagne les crises de grande hystérie, — intervient chez l'hystérique, ce n'est pas à la névrose qu'il convient de le rattacher, mais à la dégénérescence mentale qui forme l'état sous-jacent. Je ferai remarquer à ce propos, que dans les relevés statistiques que j'ai eu l'honneur de vous communiquer au Congrès international de 1889, sur près de dix mille malades, 1886-1887-1888, je n'ai pas inscrit une seule fois le diagnostic : *folie hystérique;* c'est vous dire l'opinion que je professe à cet égard, depuis longtemps.

En résumé, je suis heureux d'avoir à présenter à la Société une œuvre qui mérite certainement d'attirer son attention. J'ajouterai un mot pour dire que M. Henri Colin dépose sur le bureau un autre exemplaire de sa thèse devant concourir au Prix Moreau (de Tours).

Élection du bureau de 1891.

Il est procédé au scrutin :

1° Pour l'élection d'un vice-président, sur dix-sept suffrages exprimés :

M. le sénateur Th. ROUSSEL obtient. . . . 16 voix.
M. BOUCHEREAU . . . . 1 voix.

En conséquence, M. le sénateur Roussel est proclamé vice-président pour l'année 1891.

2° Pour l'élection du secrétaire général, sur dix-neuf votants :

M. RITTI obtient . . . . 13 voix.
M. PAUL GARNIER. . . . . 6 voix.

En conséquence, M. Ritti est maintenu secrétaire général.

3° Pour l'élection de deux secrétaires annuels, sur seize votants :

M. PAUL GARNIER obtient . . . . 15 voix.
M. CHARPENTIER . . . . 13 voix.
M. LEGRAIN. . . . . 2 voix.
M. MARANDON de MONTYEL. . . . . 1 voix.

M. Paul Garnier et Charpentier, ayant obtenu la majorité, sont nommés secrétaires annuels.

4° Pour l'élection d'un trésorier. Sur 16 suffrages exprimés, M. Aug. Voisin, ayant obtenu l'unanimité, est maintenu dans ses fonctions.

La commission des finances est composée de MM. Guignard et Mitivié.

Le conseil de famille est constitué par les membres du bureau, auxquels sont adjoints MM. Falret et Ball.

Le comité de publication est composé de MM. Ballet, Briand et Dagonet.

Rapports de candidatures.

M. Gilbert Ballet. — Messieurs, j'ai à vous présenter la candidature de M. Joffroy. La tâche m'est facile, et on m'en voudrait d'insister longuement. M. Joffroy est connu de vous tous. Professeur agrégé à la Faculté, médecin de la Salpêtrière, auteur de travaux que nous avons tous lus sur la pachyméningite cervicale hypertrophique, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie infantile, la syringomyélie (je ne cite que les principaux), il devrait être depuis longtemps des nôtres.

S'il était un reproche à lui adresser, ce serait de nous avoir trop longtemps oubliés. La Société médico-psychologique sera heureuse, j'en suis sûr, de montrer à notre distingué collègue qu'elle ne lui en garde pas rancune. Ses observations récentes sur les rapports de la folie et du goitre exophtalmique, sur les hallucinations dans la maladie de Basedow, ses leçons sur le goitre crétinogène lui ont d'ailleurs créé de nouveaux titres à notre accueil.

Permettez-moi donc, au nom de la commission dont je suis le rapporteur, de vous présenter la candidature de M. Joffroy, comme une de celles, je puis le dire sans insister davantage, qui méritent le mieux d'être prises en sérieuse considération.

Après un échange d'observations entre MM. Falret, Bouchereau, Vallon, Ballet, Paul Garnier, la Société

adopte l'ordre du jour suivant présenté par M. Vallon :

La Société médico-psychologique, maintenant ses votes antérieurs, décide qu'une commission de cinq membres sera nommée dans la prochaine séance pour lui présenter une liste de candidats à la place vacante de membre titulaire.

M. ROUILLARD. — Messieurs, vous avez chargé une Commission, composée de MM. Ball, Ritti et Rouillard, rapporteur, de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le D[r] René Semelaigne au titre de membre correspondant de notre Société.

Mon excellent ami et collègue M. Semelaigne est une démonstration vivante de ce que peut produire une hérédité accumulée. Dans ses ascendants, nous ne trouvons que des aliénistes, et des aliénistes distingués, depuis son père, qu'il y a peu d'années nous voyions au fauteuil présidentiel de cette Société, jusqu'à son illustre aïeul, Philippe Pinel. Aussi M. Semelaigne a-t-il compris que lui seul pouvait écrire dignement l'histoire du père de la médecine mentale. Dans sa thèse de doctorat, intitulée : *Philippe Pinel et son œuvre*, thèse récompensée par la Faculté, il nous fait vivre de la vie de ce grand philanthrope, et par des documents inédits, nous apprend à le connaître et à l'admirer. Mais M. Semelaigne ne s'est pas contenté de nous écrire cette intéressante biographie, qui eut été à elle seule un intéressant et utile document, remontant aussi loin que possible dans le passé, il nous fait parcourir avec lui la série des théories et des pratiques adoptées pour l'aliénation mentale, depuis Hippocrate jusqu'à Pinel. Nous voyons que tous ces savants, dont les noms illustres ont passé à la postérité et qui ont fait en médecine et en chirurgie avancer le progrès, ont tous négligé les aliénés et ont, comme le vulgaire, considéré ces malheureux malades comme des êtres dangereux, plus justiciables de la police que de la médecine. L'œuvre de Pinel n'en apparaît que plus admirable, et sa réforme plus profonde. Nous devons aussi à M. Semelaigne une brochure sur l'application du non-restraint, résultat de ses recherches pendant un voyage scientifique qu'il fit en Angleterre. Il nous montre l'imperfection et les défauts d'une méthode inspirée par un esprit philanthropique, mais poussée à l'excès. Enfin,

messieurs, M. le Dr René Semelaigne, ancien interne des hôpitaux, et attaché en cette qualité pendant trois ans à des quartiers d'aliénés, est depuis deux ans chef de clinique adjoint de la Faculté. C'est donc un travailleur, un aliéniste consciencieux que vous encouragerez en lui conférant, comme vous le propose votre Commission, le titre de membre correspondant.

Conformément à ces conclusions, M. le Dr René Semelaigne est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

Du chloralamide.

M. Marandon de Montyel. — Je serais désolé, messieurs, de paraître à vos yeux pour un sabreur d'hypnotiques, et veuillez croire qu'il me serait bien plus agréable de venir faire devant vous l'éloge que le procès de ces médicaments qui, chaque année, à l'époque des champignons, pullulent, nombreux et éphémères comme eux. Ce n'est pas ma faute si, souvent aussi dangereux que certains de ces cryptogames, ils n'ont jamais les qualités recommandables de quelques-uns. Pour les découvrir, ces qualités, je mets pourtant tout en œuvre, mais force m'est en fin de compte de passer condamnation. Ce fut d'abord le méthylal, remède agréable à boire, dont l'action, quand elle se montrait, disparaissait après trois ou quatre jours sans que l'augmentation des quantités poussées, malgré leur prix exorbitant, jusqu'aux dernières limites, triomphât de son entêtement à rester inactif. Puis vint l'an dernier le sulfonal, entre mes mains sans effets aux doses inoffensives, pernicieux aux doses efficaces. Cette année, c'est le tour du chloralamide. Certes, il m'eut été doux, après avoir par deux fois rempli la tâche ingrate de critique, de trouver enfin une occasion d'éloges. Mais quand je vous aurai exposé les résultats obtenus dans mon service avec ce nouveau narcotique, vous reconnaîtrez, je l'espère, l'impossibilité de le recommander.

La recherche de l'influence somnifère d'une substance quelle qu'elle soit, est aussi compliquée chez l'aliéné qu'elle est simple chez le sain d'esprit. Avec celui-ci, sujet conscient et raisonnable, intéressé à renseigner le

médecin, que le phénomène reste subjectif, pas d'inconvénients. L'expérimentateur apprend au réveil du patient les particularités de la nuit. Avec celui-là, sujet inconscient et déraisonnable, qui mentira ou qui, même sincère, dénaturera la vérité par oubli, il est de toute nécessité, au contraire, que le phénomène devienne objectif et soit relevé par un tiers; or, cette intervention d'un tiers complique beaucoup le problème, car sans parler des difficultés matérielles de la constatation même du sommeil, la probité et l'exactitude du veilleur chargé de l'opération qui est longue et minutieuse, sont à contrôler. Le relevé du sommeil, en effet, n'est utile qu'à la condition, non seulement de durer tout le temps de la médication, quelques jours immédiatement avant et après, afin de permettre les comparaisons, mais encore d'être opéré chaque nuit *heure par heure*. De là, l'obligation impérieuse d'un contrôle, que les compteurs, à mon sens, n'assurent pas; ils indiquent les heures de passage, ils ne fournissent aucune donnée sur le soin apporté aux constatations. Le procédé qui m'a jusqu'ici le mieux réussi, est de laisser le gardien de nuit dans l'ignorance absolue de la médication. Quand le soir il se présente pour prendre son service à la cinquième section à laquelle il est exclusivement attaché et où sont réunis tous les malades en expérience, le chef qui déjà, en son absence, a administré les potions, lui remet la liste des malades dont il a à noter heure par heure le sommeil ou l'insomnie, soit calme, soit agitée. Sans point de repère, s'il s'avise de pointer au hasard, il fournira des indications dont l'incohérence et les contradictions trahiront sa fraude.

C'est parce que je me suis étroitement conformé à ces minutieuses précautions, que je me suis cru autorisé et le crois encore, en dépit de toutes les assertions contraires, à condamner le méthylal, pour cause d'accoutumance rapide et rebelle ; le sulfonal, comme toxique aux doses nécessaires à assurer le repos. Et c'est parce que je m'y suis encore étroitement conformé dans mes recherches sur le chloralamide, que je vous demande la permission de vous communiquer les résultats obtenus.

Depuis dix mois, j'ai essayé le chloralamide sur soixante aliénés de mon service ; je l'ai prescrit de 2 à

6 grammes, et dans bien des cas, y ai poussé l'expérimentation au delà d'un mois. Le nombre des sujets, les doses et la durée de la médication me paraissent autoriser des conclusions. Je me bornerai à vous relater mes observations personnelles, sans vous fatiguer par un vain étalage d'érudition, d'autant que les auteurs qui ont prôné ce médicament ne sont pas ici pour défendre leur opinion.

De mes soixante aliénés soumis au chloralamide, vingt-cinq étaient atteints de folie simple ou vésanique. Il convient de séparer ces derniers en deux groupes. Parmi les particularités que le veilleur a charge de relever heure par heure, je vous signalais, il y a un instant, la veille, soit calme, soit agitée. En effet, ces deux espèces d'insomnie sont à différencier; tel hypnotique qui a prise sur l'une ne l'a pas sur l'autre, nous allons en avoir tout de suite la preuve avec le chloralamide. Six de mes vésaniques, bien que ne dormant pas, ne présentaient aucune agitation nocturne; ils ont fourni des résultats excellents. J'aurais désiré en réunir un plus grand nombre; je n'ai pu, car la constatation exacte de l'insomnie calme chez des malades incapables de renseigner et dont aucune manifestation ne révèle l'état de veille est chose difficile. Quoi qu'il en soit, ces six aliénés, qui étaient des lypémaniaques, à la seule dose de trois grammes, ont goûté de suite un repos régulier de six à huit heures, presque toujours continu, sans accoutumance ni indisposition quelconque au réveil. Il est juste d'ajouter que six jours de traitement constituèrent la durée la plus longue, le sommeil naturel étant vite revenu, comme si le remède en avait hâté le retour.

Tout différents ont été les effets obtenus dans l'insomnie agitée de la folie simple, que les sujets fussent des maniaques ou des mélancoliques, car sur 19 cas, 14 ont été défavorables, 5 seulement fvorables, soit l'énorme proportion inefficace de 74 0/0. Pourtant ni les doses, ni le temps de la médication ne sont à incriminer, car celles-ci ont été poussées jusqu'à 6 grammes et celui-là au delà d'un mois. Toutefois, en dépit de ces hautes quantités et de cette insistance, aucune indisposition grave ou durable ne s'est produite, jamais de faiblesse ni d'amaigrissement. Un soir, un malade vomit la potion

un peu amère qu'il convient en conséquence d'édulcorer pour éviter cet accident ou des refus. Seul un aliéné, lors des fortes chaleurs de juillet, au vingt-deuxième jour du traitement et à la quatrième prise de 6 grammes, eut une diarrhée assez forte qui nécessita la suppression du médicament, d'autant plus que l'hypnose était nulle; diarrhée qui céda de suite après. Je suis donc autorisé à affirmer que le chloralamide, même aux doses massives longtemps continuées, est aussi inoffensif qu'inefficace dans l'insomnie agitée de la folie vésanique.

Cette inefficacité apparaît encore davantage en étudiant de près les cas favorables. On s'aperçoit ainsi que le sommeil, quand il se produit, est très irrégulier. Le chloralamide, si par exception il donne du repos à un vésanique agité, ne lui apporte pas chaque fois une quantité à peu près égale de narcose; non, une nuit excellente de sept, huit ou même neuf heures d'un sommeil presque toujours ininterrompu, se trouve intercalée entre deux ou trois mauvaises, même très mauvaises, durant lesquelles le malade dort à peine deux ou trois heures, mais par exemple, le plus souvent d'un trait, car les intermittences sont rares avec ce remède. Néanmoins, ces irrégularités semblent indiquer une action limitée aux organismes épuisés par les veilles, qui cesse dès que le repos a un peu relevé les forces. En outre, l'accoutumance fut fréquente et marquée. Dans trois de nos cinq cas favorables, elle s'est établie, c'est-à-dire dans plus de la moitié, et à des moments variables; elle cédait à une élévation des doses, mais pour reparaître de nouveau, sans obéir à une règle bien définie. Nous l'avons en vain combattue en portant successivement les quantités jusqu'à 6 grammes, limites extrêmes que je n'osai jamais franchir, bien que les sujets ne présentassent pas de phénomènes anormaux, car elles dépassent les moyennes indiquées. Pour triompher de cette assuétude, nous n'avons pas eu la ressource d'utiliser une persistance d'action; le chloralamide, différent en cela du chloral et surtout du sulfonal, dans les cas où il agit, ne continue pas, après suppression, à exercer son action narcotique.

Nous n'avons eu occasion d'expérimenter ce médicament que chez deux épileptiques, qui tous les deux y ont été réfractaires. Certes le nombre des sujets est mince; le

hasard a voulu que des quatre-vingts épileptiques de mon service, seuls ils aient eu des crises assez prolongées pour permettre des essais concluants. Je ne suis pas surpris de ce double échec; puisque le chloralamide est inefficace dans l'insomnie agitée de la folie vésanique, *a fortiori* le sera-t-il dans celle de l'épilepsie, la plus rebelle de toutes et qui ne me paraît guère céder qu'aux injections d'atropine, préconisées avec raison, à mon avis, par un de mes anciens internes, le D[r] Bessières.

Six déments séniles ont pris du chloralamide, et, atteints d'nsomnie calme ou agitée, tous les six s'en sont bien trouvés. Ils ont bénéficié d'un bon repos, régulier, sans intermittence ni accoutumance. Bien que trois d'entre eux eussent soixante-treize, soixante-quinze et soixante-dix-huit ans et prissent 4 grammes du médicament, jamais ni les uns ni les autres ne furent indisposés. Quelque encourageants que soient ces six cas, je fais pourtant des réserves, car la médication a été courte, huit à dix jours deux fois, quatre à six jours pour les autres, comme si l'hypnotique, ici aussi, favorisait le retour du sommeil naturel, et en outre, ce qu'il me reste à dire de l'action sur le cerveau est de nature à inspirer une grande prudence.

Jusqu'ici, messieurs, dans tout cela, rien de bien particulièrement intéressant. Le chloralamide est un hypnotique inoffensif, ne produisant même pas d'action physiologique, efficace dans quelques cas, inefficace le plus souvent. Aussi ne me serais-je pas permis d'abuser de votre attention, quelque bienveillante que je la connaisse, en vous entretenant de ce nouveau remède, si je n'avais à vous soumettre et à vous prier de m'aider à interpréter les singuliers, je dirais même les redoutables résultats qu'il m'a donnés dans la paralysie générale.

Certes, à en juger par les seuls effets narcotiques, le chloralamide serait précieux chez les paralytiques. En effet, dans vingt-sept cas de paralysie générale avec insomnie agitée, d'ordinaire le paralytique calme dort, j'ai eu vingt-deux succès et seulement cinq insuccès, soit dans cette forme la proportion favorable inespérée de 85 p. 100, alors que, dans les mêmes conditions, elle n'avait été chez les vésaniques que de 26 p. 100. Sans doute, tous les malades n'eurent pas toujours un

sommeil parfaitement régulier, quoique ici encore les intermittences fussent rares ; les bonnes nuits étaient parfois précédées et suivies de mauvaises, mais ces irrégularités furent beaucoup moins accentuées et surtout beaucoup moins fréquentes que dans la vésanie, et, détail important, l'accoutumance fut à peu près absente. Sans doute aussi l'action somnifère chez nos paralytiques ne persistait pas après suppression; qu'importe! l'habitude ne se créait pas. Puis ils n'eurent pas d'atteinte sérieuse portée aux fonctions de digestion, de respiration et de circulation.

Un seul paralysé, traité successivement à 3, 4 et 5 grammes, présenta le trente-deuxième jour de la médication des symptômes d'intoxication caractérisés par de la diarrhée avec refroidissement; une potion astringente et cordiale aidée de frictions le remit sur pied en quelques heures. Quatre cas de dérangement d'entrailles sans gravité, vite guéris par les astringents malgré la continuation du chloralamide qu'il est difficile dès lors d'accuser, surtout si on pense à la fréquence de ces indispositions chez les paralytiques à l'époque des grandes chaleurs où elles se produisirent : voilà les seuls troubles relevés. Mais, demanderez-vous, où sont alors les redoutables résultats que vous avez annoncés. Les voici : le chroralamide, tout en ne produisant aucune action physiologique appréciable, tout en laissant intactes les grandes fonctions, et tout en procurant un bienfaisant sommeil, imprimerait une marche suraiguë à la paralysie générale qui évoluerait avec une rapidité presque foudroyante, comme fouettée par le remède. Il m'a semblé, messieurs, qu'il y avait là une particularité digne de vous être signalée et d'être élucidée.

Tous nous avons eu dans nos services, en plus ou moins grand nombre, de ces paralysies générales à évolution rapide. Chez les infortunés, peut-être serait-il plus exact de dire chez les favorisés, atteints de cette variété du mal, la maladie qui, pour aboutir au marasme final, met, en dehors de toute complication emportant le malade, une moyenne de près de deux ans, arrive à sa phase ultime en quelques semaines ou en quelques mois à peine. Les trois périodes existent, mais la première s'est à peine montrée que la seconde a déjà pris sa

place et que voilà la troisième installée. La forme dépressive à délire hypocondriaque spécial de M. Baillarger offre surtout cette évolution dans laquelle on retrouve, plus intense et plus rapide, toute la gamme symptomatologique de la paralysie générale ordinaire. Toutefois, vous reconnaîtrez, messieurs, que c'est là une marche exceptionnelle. Je ne saurais fixer exactement dans quelle proportion on la constate, néanmoins il nous suffit d'interroger nos souvenirs ou nos notes cliniques pour nous assurer de sa rareté, pour nous convaincre tout au moins qu'elle n'est pas un fait journalier.

Or, messieurs, nous commencions à peine à prescrire le chloralamide à nos paralysés généraux agités et à nous émerveiller de sa superbe action narcotique, que chez trois d'entre eux, la maladie revêtit la forme suraiguë. Tout d'abord, on n'y prit pas garde. Les expériences continuèrent et quatre nouveaux cas se produirent. Nous vîmes là une série malheureuse qui nous rendit plus réservés dans nos choix. En dépit de cette sélection, la paralysie générale suraiguë se déclara quatre fois encore. Alors, messieurs, l'inquiétude nous prit. Il parut extraordinaire que le hasard de la clinique réunit ainsi dans mon service un nombre si considérable de folies paralytiques à marche rapide, et cela exclusivement parmi les paralysés traités par le chloralamide. D'un autre côté, l'innocuité absolue du médicament non seulement chez des vésaniques agités, quelques-uns affaiblis par l'agitation, qui, impunément pendant des semaines, parfois plus d'un mois, en avaient pris 5 et 6 grammes, mais aussi chez des vieillards de soixante-treize, soixante-quinze et soixante-dix-huit ans qui en avaient absorbé 4 grammes sans dérangement, ni amaigrissement, ni affaiblissement, cette innocuité nous rendait hésitants. Attribuer nos résultats à la période avancée où étaient déjà arrivés les malades? Ils étaient en majorité des entrants frappés de fraîche date. A l'âge? Le plus grand nombre n'avait pas quarante ans ou les avait à peine. Aux doses? la marche suraiguë se montrait aussi bien avec 3 grammes qu'avec 5 ou 6 grammes. A la mortalité générale du service? pas même; car, faible d'habitude, elle a été, cette année, plus

faible encore. Mais ce qui surtout accroissait notre indécision, c'était d'une part l'absence radicale de toute action physiologique et de l'autre, les sept, huit et même neuf heures de sommeil versées par le chloralamide aux paralytiques qui, le mot est exact, fondaient sous nos yeux. Etait-il logique de s'en prendre à un remède qui ne trahissait son influence nocive par aucune perturbation spéciale, mieux encore qui faisait si bien dormir? Alors, messieurs, la médication fut continuée et nous eûmes grand tort, car d'autres cas suraigus se produisirent. Cette fois, notre conviction était assise et bien assise. Malgré son innocuité apparente et sa remarquable action narcotique dans la paralysie générale, le chloralamide nous apparut le vrai coupable.

Je prévois l'objection. En somme, ne manquera-t-on pas de remarquer, vos malades n'ont jamais présenté de manifestations révélatrices de l'ingérence du médicament; tous les symptômes qu'ils ont offerts ont été des symptômes de paralysie générale, de paralysie générale suraiguë, soit, mais en fin de compte, de paralysie générale. Sans doute, messieurs, et c'est là même la seule excuse de la formidable statistique mortuaire que fournissent nos paralysés soumis au chloralamide. Il est évident que si le remède avait déterminé des accidents spéciaux, nous l'aurions de suite jugé et supprimé. Nous n'avons continué à le prescrire que parce que, précisément, il n'y avait chez nos paralytiques que les troubles constitutifs de la symptomatologie classique de la paralysie générale, à l'évolution près; mais est-il admissible qu'un pur hasard m'ait fourni sur vingt-sept cas de paralysie générale, seize à marche suraiguë, car tel est le relevé exact de mes observations, c'est-à-dire l'exorbitante proportion de 60 p. 100? N'est-il pas plus logique d'en conclure que le chloralamide, inoffensif en apparence et excellent hypnotique chez les paralysés généraux, a une action particulière sur leur mal dont il précipite l'évolution? Quant à moi, messieurs, telle est la conclusion à laquelle je m'arrête et j'espère dans un instant vous fournir l'explication du phénomène. Auparavant, laissez-moi vous dire ce qu'il advint de mes seize malades.

Trois profitèrent de la suppression de la médication à laquelle je renonçai, bien entendu, dès que ma religion

se trouva éclairée; à partir de ce moment, leur maladie rentra dans l'évolution habituelle; ces paralytiques sont encore en vie dans mon service. Les treize autres, malgré cet abandon du remède, malgré les toniques et une alimentation réparatrice, succombèrent à des dates diverses sans que la marche du mal ait pu être enrayée. Nonobstant, ne voyez-vous pas comme moi, dans le fait de ces trois malades revenus, le traitement abandonné, à la forme ordinaire de l'affection paralytique un argument de valeur contre le chloralamide? D'ailleurs il vous sera loisible sous peu de lire dans leurs détails ces seize observations, trop longues pour être rapportées ici (1). J'ai bon espoir que cette lecture vous démontrera que réellement le chloralamide imprime à la paralysie générale l'évolution suraiguë et cela quelle que soit son influence narcotique.

Comment lui imprime-t-il cette évolution? Tel est le dernier problème à résoudre et non le moins difficile. La première idée qui se présente est celle d'une action directe sur la nutrition. C'est surtout dans la forme suraiguë de la périencéphalite chronique qu'on constate ce dépérissement, cet amaigrissement rapide, appelés avec raison, fonte paralytique. Chez les malades de cette catégorie, les troubles nutritifs sont indéniables, ils sont même si notables qu'il n'est pas besoin pour les apprécier de recourir à des procédés de clinique ou de laboratoire, l'œil suffit. Mais ils ne sont pas seuls; les désordres du côté du système nerveux progressent parallèlement et ceux-là ne dépendent pas de la nutrition, l'inverse serait même plus vrai. Et comme les deux ordres de perturbation ont évolué ensemble chez nos paralysés généraux soumis au chloralamide, voilà déjà une première raison de ne pas s'arrêter à cette idée d'une action directe sur les échanges organiques. De plus, il y a, militant contre elle, l'innocuité parfaite de cette substance dans la vésanie et dans la démence sénile. Si elle attaque la nutrition, comment comprendre que ni les vésaniques, ni les vieillards, déjà affaiblis par la maladie ou l'âge, n'aient jamais présenté

---

(1) *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, du Dr Luys, 1891.

au cours d'une médication prolongée et à doses massives, ni amaigrissement, ni faiblesse?

Cependant j'ai jugé utile de m'en assurer rigoureusement afin de lever tous les doutes et j'ai, dans ce but, organisé des recherches avec l'aide de M. le Dr Targowla, interne du pensionnat de Ville-Evrard. Nous avons choisi cinq malades, doués d'une santé ordinaire, mangeant le régime de la maison : deux débiles, un épileptique, un maniaque et un lypémaniaque chroniques qui ont pris huit soirs de suite 3 grammes de chloralamide et 5 grammes les huit autres soirs consécutifs, soit en seize jours, 64 grammes du remède. Si la substance altérait la nutrition, nous devions nécessairement dans ces conditions le constater. Pour ce, renonçant à doser l'urée et les sels à cause des grandes difficultés d'obtenir la totalité des urines avec des aliénés indociles, nous nous sommes arrêtés au poids des sujets et à l'analyse complète du sang, nombre des globules rouges et blancs, degré d'hémoglobine. Eh bien ! ces recherches prouvèrent que le chloralamide n'a pas d'action nocive sur les échanges organiques. La composition du sang après la médication était identique ou peu s'en faut à celle d'avant, tant en ce qui concerne les globules que l'hémoglobine. Je n'ignore pas combien sont délicates ces analyses, à quelles critiques elles prêtent, mais il y a une autre preuve plus grossière, à laquelle j'attache pour ma part une grande valeur, je veux parler du poids des sujets en expérience. Or, de nos cinq malades, trois avaient gagné, et cette acquisition, chez l'un d'eux, dépassait trois kilos, les deux autres étaient restés stationnaires.

Il nous était par là démontré que la dénutrition évidente, même à la simple vue, amenée par le chloralamide chez nos paralysés généraux, ne dépendait pas d'un effet direct de la substance sur la vie des tissus. Elle était donc secondaire, la conséquence d'une autre action qui, en même temps, aggravait les lésions du système nerveux, comme en témoignait l'accentuation des troubles paralytiques concomitants. Le seul moyen de la découvrir me parut une étude minutieuse, à l'aide d'expériences physiologiques, des moindres modifications apportées par le chloramide dans le fonctionnement

organique. Ces expériences, je les entrepris avec l'aide de mes deux internes, M. Toulouse et M. Laroussinie, sur des vésaniques qui voulurent bien s'y prêter, puisque je savais le médicament inoffensif à leur santé. Huit furent pris parmi toutes les variétés de la folie simple, malades bien portants et ne souffrant pas d'insomnie, afin de s'assurer si l'hypnotique était susceptible d'imposer le sommeil à un organisme reposé. Tous absorbèrent le remède vers les dix heures du matin, la soupe leur ayant été servie à sept heures. Quatre, trois jours de suite, eurent chaque fois 4 grammes de chloralamide; deux, un jour 5 grammes et le lendemain 6 grammes; enfin, les deux autres, 6 grammes deux jours consécutifs. Avant d'administrer la potion, chaque fois on notait le nombre de pulsations, le tracé sphygmographique, la température rectale, le nombre et le rythme des respirations, la force dynamométrique, l'état des organes digestifs, de la sensibilité et des réflexes. Le chloralamide bu, on recommençait à noter tous ces détails après un quart d'heure, après une demi-heure, après une heure, après deux heures. Soit quatre relevés qui amenaient à midi, moment où les sujets mangeaient. Enfin, trois nouvelles constatations avaient lieu à deux heures, à quatre heures et à six heures. Les urines des vingt-quatre heures, de dix heures du matin au lendemain à pareille heure, étaient recueillies.

Ainsi nous avions déjà opéré l'an dernier en vue de déterminer l'action physiologique du méthylal. Pour le chloralamide, nous avons réalisé dans ces conditions un total de vingt expérimentations qui ont exigé une grande patience et une grande exactitude. Mais j'ai eu en M. Toulouse et M. Larroussinie deux collaborateurs dévoués et j'ai pu, grâce à eux, mener à bien ces recherches comme j'avais pu, l'année dernière, réaliser celles relatives au méthylal, grâce au concours zélé de M. le Dr Klein et de M. le Dr Vigouroux, alors mes internes.

Nos efforts, messieurs, n'ont pas été tout à fait stériles. Sur la force dynamométrique, la respiration, la sensibilité, les réflexes et l'appareil digestif, le chloralamide s'est montré sans action. Deux fois on a noté de la salivation et deux fois aussi un léger état nauséeux immédiatement après l'administration du médicament;

mais ces rares indispositions, d'ailleurs de très courte durée, tenaient à l'amertume de la substance. Elles n'eurent pas de suite, les malades mangèrent tous à midi de bon appétit et à aucun moment la digestion ne fut perturbée. Quant à l'influence somnifère, elle a été faible; pas un des sujets en expérience, y compris les deux qui prirent d'emblée 6 grammes deux jours de file, n'a dormi avant le repas du midi. Un de ceux-ci n'a même pas reposé du tout, pas plus après qu'avant le déjeuner, et il en fut de même d'un autre qui absorba 4 grammes trois jours consécutifs. Les six autres firent dans l'après-midi une sieste, on était au commencement d'octobre, sieste d'une demi-heure à deux heures.

Le chloralamide ne paraît donc pas être un narcotique puissant, imposant le sommeil aux organismes qui n'en ont pas besoin. Par contre, ce médicament a une action marquée sur la température, sur la sécrétion urinaire et surtout sur la circulation. Il abaisse sans conteste la première ; la chute thermique a, dans certains cas, dépassé un degré. Un abaissement de six et sept dizièmes est très fréquent. La sécrétion urinaire, elle, est accrue.

Elle a été dans les vingt-quatre heures de 2 à 3 litres, une fois même elle s'est élevée à plus de 4 litres. Je la crois intimement liée à l'influence sur la circulation dont il me reste à vous entretenir, la plus accentuée et en même temps la plus importante de toutes. Le chloralamide, messieurs, imprime une suractivité remarquable au système circulatoire; il est tout à la fois un accélérateur et un tonique du cœur. Sous son influence, le nombre des pulsations augmente et la tension artérielle s'élève. Chez deux malades, les battements du pouls s'accrurent à la minute de 28, et de 24 chez deux autres ; une augmentation de 12 à 18 pulsations est habituelle. En même temps, les tracés sphygmographiques sont très modifiés ; la ligne ascensionnelle devient verticale et atteint une hauteur parfois double de celle d'avant l'administration du remède. Ce n'est pas tout ; cette suractivité de la circulation détermine un état congestif des plus caractérisés des centres encéphaliques : le malade sent, au visage et à la tête,

des bouffées de chaleur, et a une sensation d'ivresse. La figure se congestionne ; le facies devient vultueux ; les yeux, injectés et larmoyants, sont le siège d'un picotement assez désagréable. Il y a là, messieurs, sans conteste, un ensemble de manifestations qui ne saurait laisser de doute sur une poussée active de sang vers le cerveau. L'intensité de toutes ces actions physiologiques que je vous résume brièvement et dont je publierai les détails (1), n'a pas toujours été en rapport direct avec les doses ; les idiosyncrasies, ici comme dans toutes les influences médicamenteuses, ont joué leur rôle. En outre, il ne nous a pas semblé que l'économie s'habituât au chloralamide, car loin de s'abaisser, parfois les réactions ont été plus intenses le second ou le troisième jour que le premier.

Ne trouvez-vous pas, messieurs, dans l'action physiologique du chloralamide sur la circulation, l'explication que nous cherchons de la marche suraiguë imprimée par cet hypnotique à la paralysie générale? Il n'est point nécessaire de rappeler la part prépondérante prise par la congestion dans la genèse et l'évolution de l'affection paralytique, part telle, que nombreux sont les aliénistes qui rattachent celle-ci à une hérédité propre, l'hérédité congestive. Ainsi, d'un côté, une maladie dont le facteur essentiel est la congestion du cerveau ; de l'autre, une substance qui, par l'intermédiaire d'une impulsion et d'une tonalité insolites imprimées à la circulation, amène l'hyperémie de cet organe même chez ceux qui n'y sont nullement préparés ; n'est-il pas dès lors évident que les sujets non seulement prédisposés à cette hyperémie, mais l'ayant déjà en activité, tels les paralysés généraux, seront exceptionnellement aptes à ressentir toute l'action congestive de cette substance qui, portant ainsi à leur mal un surcroît d'aliment, en accélérera la marche ? A mon avis, une telle interprétation est la conséquence rationnelle des faits ; elle explique en outre l'absence de tout symptôme étranger à la paralysie générale, la seule influence congestive étant en jeu et aussi le sommeil qui, tout au moins en

---

(1) *Annales de psychiatrie et d'hypnologie*, du Dr Luys, 1891.

cette circonstance, dépendrait de la congestion. Pour moi, messieurs, elle me satisfait pleinement.

En résumé, inoffensif mais inefficace dans l'insomnie agitée des vésaniques et des épileptiques, très efficace mais très dangereux dans l'insomnie paralytique par son action hyperémique sur le cerveau, le chloralamide doit être banni de la thérapeutique de ces trois catégories de malades, les plus tributaires de la médication hypnotique. Convient-il de le conseiller dans la démence sénile ? Je ne le crois pas, malgré les six résultats en apparence favorables dont j'ai parlé, car les médicaments congestifs sont bannis d'ordinaire dans la sénilité, à cause de l'état des artères ; avec eux, des accidents graves sont toujours à redouter, et puis les vieillards ont avec une symptomatologie identique défiant tout diagnostic, aussi souvent le cerveau hyperémié qu'anémié. Resterait seulement l'insomnie calme de certains lypémaniaques dans laquelle le médicament, précisément par la congestion qu'il occasionne, aurait son utilité. Mais pour la combattre, n'avions-nous pas déjà l'opium qui, depuis Guislain, n'a jamais refusé ses services aux mélancoliques. Aussi, suis-je convaincu qu'une fois de plus, à propos du chloralamide, il aura été fait beaucoup de bruit pour rien.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1891.

Présidence de M. BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

M. RITTI. — Messieurs, je demande la parole à propos du procès-verbal pour exprimer toute ma reconnaissance à notre président, M. Ball, des paroles si affectueuses qu'il a bien voulu prononcer au début de la dernière séance à l'occasion du deuil si cruel qui vient de me frapper. J'ai été très touché de cette manifestation si sympathique, et l'expression de ma gratitude

s'adresse à tous les membres de la Société qui s'y sont associés.

Je dois aussi remercier tous mes collègues, qui, en me donnant un vote de confiance, m'ont réélu secrétaire général. Je m'efforcerai de me rendre digne de cet honneur en remplissant mes fonctions au mieux des intérêts de la Société.

Installation du Bureau.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Messieurs, notre président sortant, M. le professeur BALL, retenu par une légère indisposition, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance. Il m'a chargé de vous donner lecture du discours qu'il devait prononcer à l'occasion de l'installation du bureau de 1891 :

Messieurs, l'année 1890 a été marquée par des événements, les uns heureux, les autres malheureux, mais destinés tous à laisser une impression durable dans notre mémoire.

Pour suivre l'ordre régulier, je vous parlerai d'abord des principaux travaux de l'année.

Nous avons continué la discussion sur la mélancolie inaugurée en 1889 et qui s'est traînée assez mélancoliquement jusqu'en 1891. A cette discussion ont pris part: MM. Marandon de Montyel, Legrain, Charpentier, Saury et Paul Garnier.

2° Nous avons eu ensuite des communications fort intéressantes sur la paralysie générale, émanant de MM. Rist, Rouillard et Klippel, Charpentier et A. Voisin.

3° Un mémoire sur les rapports entre la folie et le goitre exophthalmique, par M. Joffroy, agrégé de la Faculté, médecin des hôpitaux. Un autre travail nous a été communiqué sur le même sujet par M. le Dr Séglas.

4° Nous avons entendu un mémoire sur l'hospitalisation des épileptiques, par M. A. Voisin.

5° Enfin, une révolte d'aliénés a fourni à M. Marandon de Montyel les éléments d'un récit fort animé qui a été suivi par une discussion approfondie.

Tels sont, messieurs, les principaux travaux de l'année, mais je commettrais une grosse omission si je négligeais de vous parler du Congrès de Rouen, premier

Congrès national des aliénistes français, qui est né et s'est développé sous l'impulsion de la Société médico-psychologique, et qui sera, je l'espère, le point de départ d'un grand nombre de réunions semblables.

Le premier Congrès a été présidé par le président de notre Société, les autres auront un choix plus vaste devant eux, et je suis certain d'avance qu'ils sauront largement en profiter.

Qu'il me soit permis de féliciter l'Assemblée tout entière du grand succès de cette première manifestation et de remercier nos collègues locaux de l'appui précieux qu'ils nous ont apporté, et de remercier aussi les autorités administratives, M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, et M. Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure, des subventions matérielles qu'ils nous ont si libéralement accordées.

J'arrive à la partie la plus douloureuse de ma tâche ; la mort nous a touchés.

Nous avons perdu, le 31 décembre 1890, un homme dont le nom était synonyme en Europe de l'Ecole française de psychiatrie. Il est permis de dire que Baillarger était le dernier représentant parmi nous de la grande école d'Esquirol, qui a longtemps jeté en France un si incomparable éclat.

Saluons au passage cette grande figure, et rappelons-nous que, parmi ses innombrables mérites, il ne faut point oublier celui d'avoir été l'un des fondateurs de notre Société.

Nous avons également perdu un excellent collègue, M. Baume, ancien directeur de l'asile de Quimper, qui s'est particulièrement occupé de la question des colonies agricoles et des Sociétés de patronages pour les aliénés.

De nouveaux venus sont venus combler les vides.

Parmi les membres titulaires, permettez-moi de signaler M. Arnaud, auquel je suis heureux de donner une preuve de sympathie en vous rappelant ici qu'il a été un de mes internes, avant d'obtenir les titres nombreux qui l'ont désigné à vos suffrages.

Comme membres correspondants, la Société s'est associé M. M. Dumas, professeur agrégé de philosophie, M. René Semelaigne, M. Huet et Dubuisson, de Saint-Yon.

Comme membres associés étrangers, M. Chatelain, l'illustre aliéniste de Préfargier, et M. Julio de Mattos, de Portugal.

Qu'il me soit permis, messieurs, d'exprimer tous mes remerciements au bureau de la Société du concours précieux qu'il m'a toujours prêté et de me réjouir de voir mon excellent ami, M. le Dr Bouchereau, me succéder dans mes fonctions.

J'invite M. Bouchereau à prendre place au fauteuil présidentiel.

J'invite M. le Dr Roussel, sénateur, à s'asseoir au fauteuil de la vice-présidence.

M. Bouchereau. — Messieurs et chers collègues, appelé par vos suffrages à présider cette année la Société médico-psychologique, je viens vous remercier du fond du cœur, du témoignage d'estime que vous avez bien voulu me donner; cette distinction, dont j'apprécie la haute valeur, constitue la plus grande récompense que vous puissiez accorder à un de vos confrères.

Je vous en serai reconnaissant toute ma vie, et je ferai tous mes efforts pour remplir dignement la mission que vous m'avez confiée, en m'inspirant des exemples de nos maîtres et du souvenir de nos amis, qui ont occupé cette place. Je me sens plein de confiance, sachant que je puis compter sur l'appui du savant éminent, du patriote éprouvé que vous avez nommé vice-président, M. le sénateur Roussel.

C'est un grand honneur pour moi, messieurs, d'avoir à remercier en votre nom M. Roussel, qui a bien voulu nous donner son concours. Membre de l'Académie de médecine et du Sénat, M. Roussel nous apporte la grande autorité qu'il a acquise par toute une vie consacrée au service de la science et de la patrie; depuis vingt ans, au sein des grandes assemblées politiques, comme dans les commissions parlementaires, et dans les divers Congrès réunis en France et à l'étranger, sa parole est écoutée, ses propositions souvent acceptées, son caractère respecté, son nom honoré.

Sous son initiative personnelle de sages mesures ont été introduites dans nos lois, pour protéger l'enfance, accroître la prospérité et la sécurité de notre pays; l'hygiène publique et privée, la médecine générale lui

sont redevables de progrès réalisés dans notre pays.

Messieurs, je suis certain d'être votre interprète à tous en remerciant M. le professeur Ball, du talent avec lequel il a présidé nos séances : ses écrits constituent un monument important de notre science ; son savoir encyclopédique a rendu son enseignement fécond; il a formé de nombreux élèves qui lui sont dévoués et se chargeront après lui, avec leurs qualités particulières, de propager ses doctrines et de les développer.

Messieurs, cela serait sortir de mon rôle que de vous tracer un programme pour cette année, il vous appartient à vous de donner à vos travaux la direction qui vous convient ; tous, vous êtes animés d'un égal intérêt pour la science que vous cultivez avec distinction ; je suis certain que vous ferez tous vos efforts pour rendre féconde l'année qui commence. Une évolution importante s'opère au sein de la société contemporaine dans les divers Etats ; cette évolution a pour objet l'amélioration du sort du plus grand nombre ; sous le nom de médecine publique, une branche nouvelle de médecine s'est fondée très utilement.

La médecine générale manquerait à son but, si elle ne contribuait pas pour sa part à fournir les éléments de progrès, qui doivent améliorer les conditions de la vie humaine; la chirurgie a changé ses procédés, et rendu inoffensives des opérations réputées autrefois très dangereuses ; la médecine proprement dite a renouvelé ses méthodes sous l'impulsion de M. Pasteur et de ses élèves; la pathologie du système nerveux a réalisé des découvertes importantes en ce siècle. Parmi les noms les plus célèbres, la France revendique avec orgueil deux noms célèbres entre tous, MM. Charcot et Vulpian, ces deux maîtres de notre jeunesse; leurs écrits forment la démonstration la plus évidente que la pathologie du système nerveux constitue un domaine autonome. La psychiatrie, pour marcher plus lentement, n'est pas demeurée inactive ; pour le prouver, il me suffit de rappeler ce que nous devons en France à Baillarger, Falret père, les deux Foville, Morel, Moreau (de Tours), Trelat père, pour ne citer que les maîtres disparus, dont les publications ont fait la réputation de notre spécialité durant la seconde moitié du XIXe siècle. Quant à vous, mes confrères, que

j'aperçois devant moi, notre Société vous doit beaucoup, vous honorez notre pays, et si je voulais citer vos travaux et vos noms, vous m'arrêteriez immédiatement ; l'étranger vous connaît et vous apprécie comme vous le méritez.

A la même époque, l'Allemagne peut citer avec orgueil les noms de Griesinger, de Westphal, de Schüle, etc.; l'Autriche, Leidesdorf, Obersteiner, Meynert; l'Angleterre, Bucknill, Clouston, Harrington-Tuck, Hack Tuke, Maudsley, Savage; l'Italie, Lombroso, Tamburini; la Belgique, Ingels, Lefebvre, Oudart, Semal; la Russie, Babinski, Mierzejewski, et beaucoup d'autres noms que je pourrais citer; si je m'arrête à ceux-ci, c'est qu'ils nous appartiennent comme associés nationaux.

Messieurs, le dernier jour de l'année 1890 a marqué pour notre Société un deuil cruel : un grand nom disparaissait d'au milieu de nous; notre vénéré maître, M. Baillarger, s'éteignait doucement, pleuré par sa nombreuse famille, vivement regretté de nous tous. Bien que n'assistant plus à nos séances, M. Baillarger suivait avec un vif intérêt toutes nos discussions; il appelait le plus souvent auprès de lui ceux qui avaient pris la parole et donnait à tous des conseils judicieux ; son esprit actif avait conservé toute sa fraîcheur, il acceptait avec impartialité la critique, il s'efforçait comme les plus jeunes à développer ses doctrines, à marquer comme il comprenait facilement l'évolution des idées dans une science où sa place demeurera grande.

Le jour de ses funérailles, M. Frank a été l'interprète éloquent des regrets de l'Académie de médecine, il a apprécié en savant physiologiste les recherches anatomiques et physiologiques de M. Baillarger ; M. Blanche a montré en langage éloquent et ému le caractère de M. Baillarger, son dévouement pour ses confrères malheureux, son attachement à l'Association des médecins aliénistes. Sans M. Blanche, la plupart d'entre nous aurions toujours ignoré le plus grand nombre des bienfaits accomplis discrètement par M. Baillarger, actes destinés à demeurer pour toujours ensevelis avec lui.

Messieurs, au moment de terminer, je dois remercier M. Ritti, notre dévoué secrétaire général, si éloquent

en toutes circonstances, du concours précieux qu'il donne à notre Société; il rend à tous vos présidents leur tâche singulièrement aisée. Je suis certain d'exprimer des sentiments que nous partageons tous, en lui affirmant que nous avons pris une très grande part à sa douleur, dès la nouvelle de la mort de sa regrettée compagne; la plupart d'entre vous le lui avez témoigné de vive voix, le jour des funérailles, où vous assistiez en si grand nombre. Mais notre Société tout entière tient à lui donner aujourd'hui ce témoignage de sympathie si bien mérité ; tous, nous rendons hommage à son dévouement pour notre Société.

Il serait injuste d'oublier dans nos remerciements M. A. Voisin, notre trésorier si dévoué, gardien fidèle et habile de nos finances; M. Charpentier et M. Garnier, nos judicieux secrétaires : ces messieurs accomplissent une œuvre très utile; il reproduisent avec un zèle au-dessus de tout éloge le tableau exact et impartial de nos discussions; leurs comptes rendus constituent les éléments les plus précieux de nos archives ; c'est un riche dépôt que vous lèguerez à vos successeurs, il prouvera à ceux qui l'interrogeront que votre activité scientifique a été grande.

Correspondance et présentation d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Th. Roussel, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de M. Mesnet, demandant à changer son titre de membre titulaire en celui de membre honoraire. — M. Mesnet est, à l'unanimité, nommé membre honoraire.

3° Une lettre de M. Dumaz, médecin-directeur de l'asile de Bassens (Savoie), sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Semelaigne. Dagonet et Marandon de Montyel, rapporteur.

4° Une lettre de M. Blin, médecin-adjoint de l'asile d'Evreux (Eure), sollicitant le titre de membre correspondant. — Commission : MM. Bouchereau, Saury et Marcel Briand, rapporteur.

5° Des lettres de remerciements de MM. Dubuisson

et Semelaigne, nommés récemment membres correspondants de la Société.

La correspondance imprimée comprend :

La thèse de M. Roubinovitch, interne à l'asile de Sainte-Anne, intitulée : *Hystérie mâle et dégénérescence.* Cette thèse est destinée au concours du prix Moreau (de Tours).

Mémoires envoyés pour les prix à décerner en 1891.

M. Ritti énumère les mémoires envoyés à la Société pour les prix à décerner dans la séance solennelle du mois d'avril 1891 :

Prix Aubanel. — 2,500 francs. — Question : *De la folie chez les vieillards.*

Un seul mémoire, ayant pour épigraphe la phrase suivante de Cicéron : « *Nec vero quemquam senum audivi oblitum quo loco thesaurum oblivisset.* »

Prix Belhomme. — 800 francs. — Question : *De la vision chez les idiots et les imbéciles.*

Deux mémoires ont été envoyés :

N° 1. — Epigraphe : « Chez les idiots, les fonctions volontaires de la vue sont toujours nulles ou défectueuses..... ils voient, mais ils ne regardent pas ou regardent mal ou accidentellement... c'est le coup d'œil intinctif de la bête. » (Séguin.)

N° 2. — Epigraphe : « C'est l'entendement qui voit et qui oit. » (Montaigne.)

Prix Esquirol. — 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol.

Un seul mémoire a été envoyé, intitulé : *Contribution à l'étude de l'étiologie de la paralysie générale chez l'homme et plus particulièrement dans ses rapports avec la syphilis et l'alcoolisme.* — Epigraphe : « Esquirol ne portait dans ses études d'autres passion que celle de la vérité, et sa vie tout entière a été consacrée à l'observation. » (Baillarger.)

Nomination des commissions de prix.

Commission du prix Aubanel : MM. Christian, Collineau, Falret, Garnier, Saury.

Commission du prix Belhomme : MM. Ballet, Pichon, Semelaigne, Vallon, J. Voisin.

Commission du prix Esquirol : MM. Arnaud, Bouchereau, Falret, Mitivié et Ritti.

Mort de M. J. Baillarger.

M. le Président fait part à la Société de la perte douloureuse qu'elle vient de faire en la personne de M. Baillarger, son fondateur. Il donne lecture du discours qu'il a prononcé sur sa tombe, au nom de la Société médico-psychologique. (V. *Annales Médico-psychologiques*, numéro de janvier 1891, p. 173), et propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est levée à cinq heures.

Charpentier.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès de Berlin. — Section de neurologie (1).

Le délire chronique à évolution systématique et les psychoses des dégénérés; par M. le Dr Paul Sérieux, médecin-adjoint de l'asile de Vaucluse. — Sous le nom de persécutés d'une part, de mégalomanes de l'autre, des malades bien divers ont été englobés : ces groupements, établis d'après la seule couleur du délire, constituent des faisceaux hétérogènes de formes psychopathiques à marche et à pronostic différents. Parmi ces diverses psychoses systématisées, il est une espèce morbide spéciale qui, par sa nature et son évolution, doit être séparée des délires des dégénérés. Le délire chronique à évolution systématique frappe à l'âge adulte des sujets non dégénérés, en général sans tare héréditaire. La marche de la maladie est progressive, sa durée longue, son pronostic fatal. Ce qui la caractérise avant tout, c'est son évolution méthodique procédant par quatre étapes nettement déterminées, c'est la transformation du délire de persécution de la deuxième période en la mégalomanie de la troisième.

Les illusions auditives, les interprétations délirantes sont les éléments symptomatiques principaux de la période d'incubation. Elles prennent graduellement une importance de plus en plus grande jusqu'au jour où la tension incessante de l'esprit, l'idée constante d'une persécution finissent par provoquer l'hallucination de l'ouïe : c'est le début de la période de persécution. Ce ne sont d'abord que des bourdonnements, des sifflements, puis viennent des chuchotements, enfin des mots isolés. Plus tard chaque pensée est répercutée comme par un écho ; le patient entend de longs monologues, des dialogues, etc. Parfois

(1) Nous reproduisons les communications dont les auteurs veulent bien nous envoyer un résumé.

l'excitation se propage au centre psycho-moteur du langage, donnant lieu aux hallucinations motrices verbales. Les troubles de la sensibilité générale, du sens génital ne sont point rares : il en est de même des hallucinations de l'odorat, des illusions du goût. Le plus communément l'éréthisme qui, du centre auditif, s'est étendu aux autres territoires sensitifs et sensoriels, épargne le centre visuel si sensible en revanche aux agents toxiques ; mais néanmoins l'existence d'hallucinations de la vue est dans certains cas incontestable.

La conscience du patient est progressivement envahie par ces éléments sensoriels morbides, et chaque jour le délire se coordonne et se systématise. De déduction en déduction, le malade arrive à se former une conviction : il sait et quels sont ceux qui le persécutent, et par quelles pratiques mystérieuses ils agissent sur lui, et quel but ils poursuivent en le torturant comme ils le font. Divers sont ses modes de réaction : l'un fuit ses ennemis, entreprend de longs voyages ; l'autre se défend avec acharnement, dépose plaintes sur plaintes ; il en est qui ne reculent pas devant un meurtre.

Le patient crée des néologismes, ne trouvant plus dans le langage ordinaire des mots convenant au monde de sensations nouvelles dans lequel il vit. L'unité du moi elle-même ne tarde pas à être compromise : l'aliénation plus ou moins accusée de la personnalité est sous la dépendance des troubles sensoriels auditifs. C'est alors que la résistance cérébrale se trouve diminuée et par le fait de l'âge et par la durée déjà longue du délire, qu'apparaît, par une élaboration plus ou moins consciente, la troisième période de l'affection, ou période des grandeurs.

Les hallucinations persistent, mais différentes de nature: aux injures succèdent les consolations, etc. Dans certains cas, cette métamorphose du délire peut passer inaperçue, soit que le mégalomane, instruit en quelque sorte par les épreuves passées, garde pour lui ses idées de grandeurs, soit que la troisième période se caractérise uniquement par la disparition des troubles sensoriels pénibles, l'optimisme, et la conviction du délirant chronique qu'il possède certains dons propres à lui seul. Les croyances, l'instruction et le milieu modifient l'aspect sous lequel le malade se présente. Jadis il s'agissait d'ensorcelés, de démonopathes, de théomanes ; aujourd'hui les patients, d'abord électrisés, magnétisés, deviennent des millionnaires ou des personnages politiques importants. Mais ces variétés de

forme du délire ne sont que des phénomènes accessoires, le fait capital consistant uniquement dans la transformation d'un délire pénible en un délire ambitieux.

La quatrième période est caractérisée par la diminution de l'activité intellectuelle. Le malade reste indifférent à tout ce qui l'entoure, et marche graduellement vers la démence.

Passons en revue les formes cliniques avec lesquelles le délire chronique présente quelques points de contact. Le *délire hallucinatoire aigu*, essentiellement caractérisé par l'excitation des centres sensoriels dans un cerveau épuisé, se sépare nettement du délire chronique par l'absence de systématisation, par le trouble profond de la conscience qui est assaillie par des hallucinations multiples, enfin par le début et l'évolution de la psychose. Les mêmes considérations sont applicables au *délire alcoolique*. Mais il faut savoir que ces différentes formes peuvent survenir épisodiquement dans le cours du délire chronique, et modifier ainsi l'aspect habituel du malade.

Les diverses *psychoses systématisées des dégénérés* doivent être distinguées du délire chronique. Les modalités délirantes de ces sujets sont diverses, mais chez la plupart d'entre eux on retrouve les mêmes tares héréditaires, les mêmes stigmates physiques de dégénérescence, le même état mental déséquilibré. Pour les *persécutés-persécuteurs*, l'absence de troubles sensoriels suffirait à les séparer complètement des délirants chroniques, sans parler de l'absence d'évolution du délire : ils ne présentent point en effet de marche méthodique ni de métamorphose; ils sont aujourd'hui ce qu'ils étaient hier, ce qu'ils seront toujours. Il y a dans l'existence du délirant chronique deux parts bien tranchées : une première, souvent longue, sans manifestations morbides ; une seconde, avec des symptômes et une marche caractéristiques. Chez les persécuteurs, faire l'histoire de la maladie c'est faire celle du malade.

Les psychoses systématisées proprement dites des dégénérés peuvent souvent simuler le délire chronique. A ne considérer que l'ensemble symptomatique de ces *délires de persécution* et de ces *délires de grandeurs*, on pourrait se croire en présence d'un délire chronique à la deuxième ou à la troisième période. Ce sont les mêmes interprétations délirantes, les mêmes troubles sensoriels, les mêmes altérations de la personnalité, les mêmes néologismes, les mêmes réticences. Mais, sans parler d'ailleurs des antécédents et de l'âge du malade, la marche du délire est tout autre. Né sans incubation préalable,

le délire des dégénérés, évoluant sur un terrain éminemment favorable, réalise promptement ces troubles hallucinatoires intenses, cette systématisation, ces altérations de la personnalité, qui, chez le délirant chronique, ont nécessité pour se manifester une longue élaboration ; en quelques semaines il franchit les étapes que la psychose chronique a mis des années à parcourir. Le pronostic est d'ailleurs différent : véritable bouffée délirante, œuvre éphémère dépourvue des bases solides et lentement édifiées du délire chronique, la psychose du dégénéré peut s'écrouler aussi vite qu'elle s'est élevée. En outre le délire se ressent du niveau mental inférieur du patient, il est parfois niais, puéril, souvent multiple, polymorphe : idées de grandeurs, de persécution, délire mystique, hypocondriaque, érotique, mélancolique, peuvent coexister et se remplacer sans qu'il y ait jamais une succession évolutive déterminée.

Chez le dégénéré se montrent enfin des *psychoses systématisées non hallucinatoires* reposant exclusivement sur un vaste échafaudage d'interprétations délirantes : leur marche est chronique, mais non évolutive. Elles se montrent parfois d'une façon précoce dès l'enfance et peuvent persister toute la vie durant sans modification. Ces délires seront assez facilement distingués de la psychose systématique progressive.

Ne parlons donc plus de persécutés, de mégalomanes, de démonopathes, de théomanes, de délirants religieux : ce sont là autant d'étiquettes purement symptomatiques que la clinique se refuse à accepter comme espèces pathologiques distinctes ; mais puisque, parmi ces diverses formes, il en est qui, loin de constituer des entités morbides, ne sont que les étapes successives d'une même maladie survenant chez des sujets non dégénérés, ne les laissons point confondues, en dépit de leur nature et de leur marche dissemblables, au milieu des autres psychoses évoluant sur un terrain de dégénérescence.

JOURNAUX AMÉRICAINS

The Journal of Nervous and mental disease.

ANNÉE 1886.

Recherches ophthalmoscopiques dans la manie aiguë ; par les Drs Louis-J. Lautenbach et Alice Bennett (numéro de juin). — Ayant examiné le fond de l'œil dans cent trois

cas de manie aigüe, les auteurs sont arrivés aux constatations suivantes, qu'ils présentent, sinon comme absolues, au moins comme étant des éléments de très grande probabilité : Lorsqu'il n'y a que de la congestion ou de l'hyperémie, la maladie a bien des chances de terminaison favorable ; s'il y a inflammation de la papille, le pronostic est infiniment moins bon ; il en est de même dans le cas d'atrophie marquée ; cependant, si l'atrophie étant légère, il y a en même temps de l'hyperémie de la rétine, la guérison est encore susceptible de se bien produire.

Année 1887.

I. — *Guérison de l'aliénation mentale dans des cas où il y avait des hématomes de l'oreille;* par le Dr Carlos F. Macdonald, directeur de l'asile d'aliénés criminels, État de New-York (numéro de février). — L'hématome de l'oreille est regardé comme un indice d'incurabilité. Cela est vrai pour la presque généralité des cas ; cependant il y a quelques exceptions. Le Dr Macdonald en donne un exemple :

Un jeune homme de dix-huit ans, atteint de manie aiguë pour la seconde fois, était depuis deux ou trois mois dans un état de grande excitation. Il tenait des propos incohérents ; il était violent et malpropre ; il se souillait d'excréments ; il cherchait constamment à se mettre nu ; il avait fait des tentatives de mutilation sur lui-même. Il eut inopinément des hématomes à chaque oreille. L'épanchement sanguin ne tarda pas à se résorber. Presque en même temps, le trouble mental commença à s'améliorer et, au bout de cinq à six mois, la guérison était complète. Deux ans plus tard, il n'y avait pas encore eu de nouvelle rechute.

Les faits de ce genre doivent donc encourager à poursuivre quand même le traitement de certains aliénés qui sont atteints d'hématome de l'oreille.

II. — *De la nomenclature en psychiatrie; monomanie ou oligomanie; paranoïa;* par le Dr R.-L. Parsons (numéro d'avril). — L'auteur trouve que l'expression *monomanie* prête à la confusion et à l'erreur. Il est d'avis de l'abandonner complètement et propose de lui substituer le terme *oligomanie.* Quant à la *paranoïa,* il demande que l'on s'entende sur la signification de ce mot, à qui chaque auteur donne un sens différent ; pour l'un, en effet, il indique le délire partiel ; pour un autre, la démence primitive ; pour un troisième, une sorte de folie morale ; pour

d'autres il exprime encore d'autres états morbides. Le mot, étant mal défini, n'est donc pas bon et doit être rejeté.

III. — *Folie réelle et folie simulée chez les criminels;* par le Dr W.-M. Duffield Robinson (numéro de mai). — Le Dr Robinson explique d'abord ce qu'il entend par *criminels :* ce sont des individus pour qui les prescriptions de la loi morale ou de la loi sociale sont lettre morte; gens qui préfèrent voler un sou que d'en gagner dix honnêtement. La plupart d'entre eux sont illettrés. Un certain nombre ont manifestement des tares héréditaires d'insanité ou de dégénérescence. Le Dr Robinson en évalue la proportion à 6 pour 100, d'après ses propres recherches. Il estime que les individus qui sont dans de telles conditions ne doivent pas être regardés comme strictement responsables. On peut admettre qu'ils sont en puissance de folie, d'autant mieux que par la suite ils arrivent presque toujours à donner des signes de folie véritable.

Pour ce qui est de la simulation de la folie, elle est commune parmi les criminels, et les experts doivent être en très grande défiance à ce sujet, parce que les simulateurs, comme le Dr Robinson le prouve par deux exemples, peuvent pousser très loin l'habileté de leur tentative.

IV. — *Notes sur le traitement de la folie;* par le Dr Chalmers Da Costa (numéro de juillet). — La pluralité des aliénés sont malades physiquement, et l'on peut même considérer comme probable qu'aucun aliéné n'est absolument sain de corps. Il faut donc se préoccuper aussi bien de la santé physique que de la santé morale, pour arriver à la guérison de la folie.

La constipation est commune chez les aliénés; il faut en rechercher la cause et la traiter en conséquence. La diarrhée l'est moins; mais elle se présente quelquefois dans les mêmes conditions que la constipation.

Les stimulants sont fort utiles dans le traitement des maladies mentales; il est à propos, d'après le Dr Da Costa, d'en suspendre l'emploi lorsque la convalescence est franchement établie.

Le régime alimentaire doit être soigneusement réglé pour les aliénés, qui ont besoin presque tous d'une bonne nourriture.

Presque tous aussi ont besoin de toniques, et, suivant les cas, le Dr Da Costa a obtenu des résultats favorables avec l'emploi de l'huile de foie de morue, du quinquina, des préparations phosphorées, de l'arsenic et du fer.

Enfin le traitement de la folie exige l'emploi des calmants,

dont les variétés sont grandes, et dont il faut savoir faire un choix judicieux. Le Dr Da Costa préconise notamment les bains, et, parmi les médicaments, les bromures, le chloral, l'opium, l'hyosciamine et l'hyoscine.

V. — *Trouble mental, de nature pénible, dû à l'abus de la morphine;* par le Dr Samuel B. Lyon (numéro de novembre). Une femme de cinquante ans, qui avait eu des accès d'angine de poitrine, se mit à faire abus de morphine. Elle en absorbait chaque jour de deux à sept grains. Au bout de quelque temps, elle tomba dans une véritable folie, à forme mélancolique; elle eut des hallucinations de la vue et de l'ouïe. Les hallucinations de la vue étaient terrifiantes. Le traitement qu'on lui fit suivre consista presque uniquement à supprimer la morphine, et la guérison fut bientôt obtenue. Une particularité intéressante, c'est que la malade qui, pendant toute la durée de son délire, avait échappé aux accès d'angine de poitrine, en présenta de nouveau dès qu'elle fut revenue à la raison.

Année 1888.

I. — *Note sur l'emploi de la nitro-glycérine dans l'épilepsie;* par le Dr William Osler (numéro de janvier). — Dans dix-neuf cas où ce médicament a été essayé, dont treize d'épilepsie convulsive et six de petit-mal, le Dr Osler a obtenu de l'amélioration chez six malades du premier groupe et chez trois du second. En général, l'amélioration est survenue dans un intervalle de huit à dix jours. Ainsi, par exemple, un individu qui avait des accès convulsifs depuis dix ans, qui était arrivé à en avoir trois par jour, et pour qui on avait en vain employé les bromures et l'antifébrine, fut amélioré au point de n'avoir plus que deux accès en huit jours à partir de la seconde semaine. Plus tard, il s'améliora encore davantage, sans arriver à la guérison. Le Dr Osler emploie la nitro-glycérine en solution au centième ou en pilules contenant chacune *un centième de grain!!* Il préfère les pilules et en donne jusqu'à huit par jour. L'effet thérapeutique ne s'obtient que si le malade éprouve une sensation de chaleur particulière, en même temps que le rouge lui monte au visage. Mais il faut se méfier des migraines.

II. — *Le mal de dents cause d'épilepsie;* par le Dr Albert P. Brubaker (numéro de février). — Les inflammations de la pulpe dentaire peuvent, dans quelques cas, être l'origine d'accidents convulsifs. Le Dr Brubaker rappelle les observations

faites sur ce sujet par le Dr Foville père. Il a réuni seize cas significatifs où l'épilepsie disparut définitivement après l'avulsion des dents cariées.

III. — *De la folie dans le mal de Bright;* par le Dr L. Bremer (numéro de juin). — Quelques individus, atteints de mal de Bright, peuvent présenter des troubles intellectuels. Sept observations, recueillies par le Dr Bremer, montrent que ces malades sont exposés à l'agitation maniaque, alternant avec la dépression mélancolique; ils peuvent avoir des hallucinations de l'ouïe et de la vue, et leur délire peut avoir des points de ressemblance avec le délire alcoolique. Une erreur de diagnostic en pareil cas pourrait avoir de graves conséquences; la moindre serait de faire renvoyer dans des asiles d'aliénés des malades qui ne leur sont aucunement destinés.

IV. — *La croyance au spiritisme est-elle toujours en elle-même une preuve de folie?* par le Dr Matthew D. Field (numéro d'août). — En principe, le Dr Field répond à cette question par la négative. Mais, dans la pratique, il estime qu'on doit répartir en trois groupes les gens qui se disent spirites : le premier comprend ceux qui font du spiritisme une affaire d'exploitation, et qui s'en servent pour tromper les imbéciles: ce sont les soi-disant médiums; dans le second groupe, il y a ceux qui, par naïveté et par faiblesse d'esprit, se laissent candidement abuser; la plupart d'entre eux sont des gens superstitieux; parmi eux on peut exceptionnellement rencontrer des personnes intelligentes; 3° enfin, le troisième groupe est composé de véritables aliénés qui trouvent, dans les pratiques du spiritisme, un aliment pour leur délire.

Dans le cas où la validité d'un testament serait contestée pour cause de spiritisme, l'annulation ne serait valablement prononcée que si le testateur appartenait au troisième groupe.

Année 1889.

I. — *Démence primitive; deux observations;* par le Dr W. P. Spratling (numéro de mai). — Les deux observations que l'auteur reproduit sous ce titre se rapportent, selon lui, à ce que décrivait Esquirol sous le nom de démence aiguë. Peut-être vaudrait-il mieux les ranger dans le groupe encore mal défini des folies de la puberté, d'autant mieux que, comme l'indique le Dr Spratling, les cas de ce genre surviennent principalement dans la jeunesse et dans l'adolescence.

La première observation concerne un jeune homme de dix-huit ans, petit-neveu d'aliénés, dont le père était fort excentrique. Il avait toujours présenté un équilibre normal de ses facultés d'esprit, jusqu'à ce qu'un jour, à la suite d'une discussion violente avec son meilleur ami, il fut pris inopinément de dépression mélancolique qui, au bout de deux jours, fit place à l'agitation maniaque. Il eut alors des illusions terrifiantes, croyant voir sa maison en feu. Lorsque le calme lui revint, il resta dans un état d'hébétude complète, où il ne manifestait aucune idée délirante et où il semblait tout à fait dément. Il ne savait plus prendre aucun soin de lui-même. Il resta dans cette condition environ sept semaines, après quoi il s'améliora et guérit.

L'autre observation est relative à une jeune femme de vingt-deux ans, fille d'aliéné. Elle était de tempérament nerveux. Elle avait toujours été intelligente, ayant des habitudes d'ordre et d'activité, lorsque, vers l'âge de vingt et un ans, on la vit changer; elle perdait le goût au travail; elle perdait également sa réserve et sa bonne tenue d'autrefois. Finalement elle tomba dans une démence véritable et complète, qui ne guérit point.

Le Dr Spratling insiste sur cette considération que les deux cas qu'il rapporte sont de bons exemples des deux formes principales de la démence primitive, l'une à invasion soudaine et rapide, l'autre à développement graduel et relativement prolongé, toutes deux caractérisées par la déchéance simple des facultés mentales.

II. — *Relation clinique d'un cas de paralysie générale ayant duré neuf ans; autopsie;* par le Dr William Noyes (numéro d'août). — Le fait concerne un homme de trente-six ans, exempt de tares héréditaires, dont la maladie avait commencé par de l'irritabilité, des projets ambitieux, une grande excitation sexuelle. Au bout de peu de temps, il présenta de l'embarras de la parole et de l'inégalité pupillaire. Il ne tarda pas à tomber dans la démence. Admis à l'asile de Bloomingdale en mars 1878, il y vécut jusqu'à mai 1886. Pendant près de sept ans il fut sujet à des alternatives d'excitation et de calme. Malgré l'ataxie des jambes, il marchait encore assez solidement. En avril 1886, il eut des attaques convulsives, dont la répétition détermina sa mort. A l'autopsie on trouva les méninges épaissies, la pie-mère fortement adhérente surtout dans la région frontale. Les circonvolutions étaient notablement atrophiées.

III. — *La colonisation des épileptiques;* par le Dr Frederick Peterson (numéro de décembre). — Le Dr Peterson demande qu'à l'exemple de certains pays d'Europe, parmi lesquels il cite la Westphalie, la Prusse, la Hollande, la Suisse, à quoi il aurait pu ajouter la France, il demande, disons-nous, que les Etats-Unis créent des asiles spéciaux pour les épileptiques, des colonies où ces malades soient rendus aptes au travail et soignés suivant les exigences de leur état.

Dr Victor Parant.

JOURNAUX ALLEMANDS

Neurologisches Centralblatt.

Année 1888.

I. — *Cytisine contre la migraine ;* par le professeur Kraepelin (numéro de janvier). — En raison de la propriété que possède la cytisine de provoquer des contractions spasmodiques des vaisseaux, Kraepelin a employé ce médicament dans la migraine dite paralytique, qui est considérée, dit-il, comme le résultat d'un relâchement des parois vasculaires. Il a choisi comme mode d'administration la méthode hypodermique, et rapporte plusieurs observations qui établissent qu'une injection de 1 à 4 milligrammes de nitrate de cytisine au commencement de l'accès provoque un soulagement immédiat et même coupe radicalement l'accès. Par contre, la même médication employée dans un cas de *migraine spasmodique*, loin d'amener le soulagement, a aggravé le mal.

II. — *Un cas de chorée héréditaire des adultes ;* par le Dr Zacker (numéro de janvier). — Eichhorst a décrit, sous le nom de chorée héréditaire des adultes, une variété de mouvements choréiques ayant pour caractères distinctifs l'hérédité, l'apparition à un âge avancé, l'incurabilité et la possibilité d'une suppression passagère sous l'influence de la volonté du malade.

L'auteur a observé un cas de cette affection chez un individu de quarante-cinq ans. Sujet depuis deux ans seulement à des mouvements choréiformes généralisés, ce malade pouvait à

certains moments, quand les mouvements désordonnés n'avaient pas leur maximum d'intensité, les arrêter pour un temps assez court par un effort volontaire. Le grand-père maternel du malade, ainsi que deux de ses frères, avaient été atteints de la même affection. Ce grand-père avait trois enfants, dont deux, et notamment la mère du malade de Zacker, furent atteints de chorée, la dernière à l'âge de quarante-cinq ans. Un frère et une sœur du malade avaient également payé, entre quarante et quarante-cinq ans, leur tribut à cette névrose héréditaire. Quant aux enfants du patient, ils seraient jusqu'à présent indemnes.

L'auteur a donc pu constater qu'à travers trois générations, la chorée s'est déclarée chez tous les membres de cette famille, âgés de quarante ans, sur lesquels il a pu avoir des renseignements. L'apparition de la maladie vers la quarantième année a été également signalée dans les cas publiés par Huber et Ewald.

L'auteur estime que c'est avec raison qu'Eichhorst considère cette affection comme une variété de chorée, et que la faculté que conservent les malades d'arrêter momentanément les mouvements, ne saurait être un motif suffisant pour en faire une entité morbide spéciale.

III. — *Paralysie générale progressive et tabes chez une fille de treize ans;* par le professeur Strümpell (numéro de mars) — Les rapports de la paralysie générale et de l'ataxie locomotrice avec la syphilis ne sont pas seulement mis en évidence par les statistiques qui nous signalent un grand nombre de paralytiques ou de tabétiques qui étaient d'abord des syphilitiques. Des observations présentant des particularités telles que l'apparition tardive ou précoce, chez des syphilitiques, d'une des affections mentionnées, ont surtout une signification importante. Berger a observé le tabes chez un vieillard de soixante et onze ans, qui avait contracté la syphilis dans sa soixante-dixième année, et Remack a observé trois fois la même affection chez des enfants atteints de syphilis héréditaire. Enfin, l'auteur rapporte lui-même un cas de paralysie générale survenu chez une fille de treize ans dans les mêmes conditions. Cette fille, née en 1872, d'un père qui avait contracté la syphilis pendant la campagne de 1870, se développa d'une façon normale jusqu'à l'âge de treize ans. A cette époque, elle eut des attaques épileptiformes, bientôt suivies de tous les symptômes de la paralysie générale : démence, troubles caractéristiques de l'écriture, embarras de la parole, contractions involontaires des muscles

de la face, inégalité pupillaire, absence de réflexe rotulien, incontinence d'urine, etc.

L'auteur estime que ce cas non contestable de paralysie générale survenu chez un enfant est imputable à la syphilis héréditaire, et il ajoute que si les exemples de ce genre ne sont pas plus fréquents, c'est grâce à la mortalité excessive qui frappe, dans la première enfance, les sujets atteints de syphilis héréditaire.

IV. — *De l'hypnotisme au point de vue thérapeutique;* par M. le Dr Nonne (numéro d'avril). — L'auteur estime que pour une question aussi controversée en Allemagne que l'est celle de la thérapeutique suggestive, il ne sera pas sans intérêt de rapporter des observations comme celle qu'il a communiquée :

Un typographe, âgé de vingt-neuf ans, a eu à l'âge de sept ans des convulsions suivies de paralysie et de contracture de tous les membres. A l'âge de treize ans, il guérit complètement pendant un traitement par l'électrisation. A vingt-deux ans, il a des coliques saturnines. Enfin, à vingt-neuf ans, en 1883, la sensibilité du membre supérieur droit diminue, il survient de la paralysie de la main droite et de la parésie de l'avant-bras. Les troubles de la sensibilité atteignent bientôt les membres inférieurs, on constate des vertiges, sans troubles mentaux et sans symptômes morbides dans le domaine des nerfs crâniens. A la date du 4 juin 1883, la sensibilité est diminuée sur toute la moitié droite du corps, les réflexes cutanés et tendineux sont diminués également.

On croit en ce moment qu'on se trouve en face d'une lésion organique de l'hémisphère gauche du cerveau, s'étendant à la partie postérieure de la capsule interne et devant être imputée à des altérations des parois vasculaires d'origine saturnine. Mais bientôt on observe une diminution de l'excitabilité galvanique et faradique du bras droit, des douleurs térébrantes de la jambe droite et une paralysie de ce membre, qui a duré plusieurs mois.

Enfin, en 1885, les membres inférieurs ont recouvré leur motilité, la main droite restant paralysée. Dans cet état, le malade, à la suite d'une promenade un peu longue, éprouve de la parésie des membres inférieurs, des fourmillements dans les pieds, des douleurs lancinantes dans les jambes, et le lendemain il est paraplégié.

A ce moment, l'excitabilité électrique est normale. L'électricité et la strychnine n'amènent aucune amélioration et l'examen

de la sensibilité démontre que celle-ci se comporte d'une manière absolument capricieuse. Il n'y avait du reste pas de troubles trophiques, pas d'eschares, les sphincters fonctionnaient bien. Aussi dut-on réformer le diagnostic et reconnaître qu'il s'agissait d'une paralysie et d'une anesthésie fonctionnelles. Les observations de Charcot sur le saturnisme chronique et l'hystérie, qui, d'après lui, prédisposent l'organisme aux mêmes paralysies, ne pouvaient que nous engager dans cette voie.

Dès lors, le malade fut soumis à la thérapeutique par suggestion hypnotique. Je lui ai d'abord suggéré qu'il pouvait remuer le gros orteil du pied gauche, le succès fut complet. J'en fis alors autant pour les autres doigts du pied gauche en limitant chaque jour le traitement à un seul doigt; ensuite ce fut le tour de la jambe, et enfin le membre droit inférieur fut traité de la même manière et aussi avec un complet succès. Pour la main droite, paralysée depuis cinq ans, le résultat fut plus long à obtenir, il a fallu revenir plusieurs fois à la charge. Enfin, la motilité étant rendue à tous les membres, il a encore fallu recourir à la suggestion pour apprendre au malade à se tenir debout et enfin à marcher. Ces particularités me font supposer qu'il est prudent d'agir lentement et progressivement, et que, si j'avais essayé de suggérer dès le premier jour au malade de se lever et de marcher, je n'aurais probablement obtenu aucun résultat.

La guérison dure depuis plusieurs mois. Y aura-t-il récidive? En tout cas, cela ne prouverait rien contre la méthode suggestive. Il est juste de dire que tous les cas ne sont pas susceptibles d'être guéris par suggestion; je n'en veux pour preuve que celui d'Eisenlohr. Un individu, atteint d'anesthésie générale, devenait amnésique, paralytique, sourd, par suggestion, au gré de l'observateur; mais il était rebelle à toute tentative ayant pour but de lui rendre sa sensibilité normale.

L'auteur estime qu'en ce qui concerne son malade, il s'agissait bien de troubles fonctionnels ; mais il voudrait attirer l'attention sur ce point que certains caractères de l'hystérie ont fait défaut, et que, comme l'ont fait remarquer Thomsen et Oppenheim, toute paralysie ou anesthésie fonctionnelle ne peut pas être considérée comme hystérique, que certaines d'entre elles sont des manifestations de névroses diverses.

Une plus grande réserve s'impose encore, ajoute l'auteur, quand la question se complique d'une intoxication chronique

(alcoolisme ou saturnisme), et l'ouvrage de Grasset sur les analogies des anesthésies alcooliques et hystériques doit nous apprendre à user avec prudence de la qualification d'hystérie.

V. — *De la suggestion;* par le Dr Jendrassick (numéros de mai et juin). — L'auteur expose que la littérature relative à l'hypnotisme rapporte journellement des faits nouveaux, qui, en dépit des expériences concluantes de Charcot et de son école, rencontrent beaucoup de sceptiques ; aussi, estimant que des observations recueillies hors de France ne sauraient être sans intérêt, expose-t-il les résultats obtenus par lui chez une hystéro-épileptique. Il a obtenu par suggestion hypnotique tous les phénomènes signalés par l'École française, tels que : ivresse, vomissements, anesthésie, paralysie, vésication, brûlures, etc. Il a également réussi à faire commettre à ses sujets des actes divers et à des époques indiquées pendant le sommeil hypnotique. Quant aux phénomènes de transfert, il les a observés dans des conditions particulièrement curieuses : ayant appliqué sur le bras de son sujet la lettre K, sans que celui-ci eut vu ce caractère, et lui ayant suggéré qu'il le touchait avec un corps métallique chauffé, il obtint au bras du côté opposé une brûlure ayant dans une position symétrique la forme du caractère renversé (ꓘ). Une autre fois, la même expérience faite avec la lettre J donna le même résultat, avec cette différence que l'image obtenue par transfert n'était pas renversée ; mais dans cette expérience la lettre avait été montrée au sujet avant l'application sur le bras.

L'auteur cherche à expliquer le mode de production de ces phénomènes hypnotiques. Ils ont, d'après lui, leur source dans ce fait, que les cellules de l'écorce cérébrale conservent durant le sommeil hypnotique leur excitabilité comme à l'état de veille, tandis que les fibres qui relient ces cellules entre elles, et qui sont les voies par lesquelles se fait, à l'état de veille, l'association des impressions reçues, ont perdu leur pouvoir conducteur. Il en résulte que les impressions restent localisées aux cellules mises en jeu, sans provoquer, comme à l'état de veille, une série d'idées qui s'enchaînent, et qu'elles sont plus intenses, en raison de cette concentration. L'auteur définit ensuite la suggestion en l'appelant « une influence qui, chez les individus prédisposés à la subir, produit effectivement un résultat conforme à la conception de l'idée suggérée, quoique cette idée soit contraire à la réalité ».

Quant aux phénomènes de transfert, il dit que, pour les bien

comprendre, il faudrait d'abord avoir une idée nette de l'hémianesthésie hystérique, laquelle n'est pas comparable à l'hémianesthésie d'origine organique et n'affecte pas comme cette dernière une marche en rapport avec la structure du système nerveux central.

VI. — *De la localisation de l'aphasie sensorielle;* par le Dr Léopold Laquer (numéro de juin). — L'auteur rapporte un cas d'aphasie sensorielle caractérisé par de la surdité verbale et de la paraphasie : cas qui confirme l'opinion de Wernicke imputant ce genre d'aphasie à une lésion de la première circonvolution temporale (circonvolution de Wernicke). Ce repli remplirait dans cette affection le rôle que joue la circonvolution de Broca dans les aphasies motrices.

Le sujet observé est une femme de soixante-quatorze ans qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie, présente des troubles parétiques très passagers des membres droits, et des troubles dysphasiques qui ont persisté jusqu'à la mort et qui consistaient en une surdité verbale avec paraphasie. La malade ne pouvait répéter les mots qu'on prononçait devant elle, elle les défigurait en transposant les syllabes, ou en intercalant des syllabes mal à propos, etc. Ce sujet étant illettré, l'examen de la lecture et de l'écriture a été difficile; néanmoins la malade qui savait, avant son attaque, lire l'écriture imprimée, éprouvait pour cette lecture la même difficulté que pour parler; il y avait donc également de la cécité verbale et de la dyslexie. On a observé en outre pendant un certain temps de l'apraxie. La malade ne savait plus se servir des objets les plus familiers qu'on lui mettait entre les mains, et cependant, ajoute l'auteur, l'intelligence était intacte. Du reste, l'apraxie disparut, mais la paraphasie persista jusqu'à la mort, quoique la faculté d'articuler les sons fût conservée. Cet ensemble de symptômes fit diagnostiquer un ramollissement de l'écorce cérébrale au niveau de la première circonvolution temporale, la circonvolution de Broca étant restée indemne. L'autopsie confirma ce diagnostic. La première circonvolution temporale gauche présentait un foyer de ramollissement intéressant la partie antérieure et le tiers postérieur de l'écorce cérébrale, au niveau de cette circonvolution. Ces foyers séparés à la surface par une partie médiane saine, se touchaient au contraire dans les parties profondes. La circonvolution de Broca du même côté était intacte. L'hémisphère droit ne présentait aucune lésion.

L'auteur, après avoir discuté les différentes explications

données par les auteurs allemands et français sur les troubles dysphasiques, termine en faisant ressortir l'intérêt qui s'attache à ce fait que l'aphasie sensorielle, c'est-à-dire la surdité verbale et la paraphasie, ont permis de localiser la lésion à la première circonvolution temporale, et il explique que ces symptômes devaient rester isolés, attendu que tous les autres centres moteurs ou sensoriels étaient intacts.

VII. — *Quelques essais de thérapeutique par l'hypnotisme;* par le Dr Sperling, de Berlin (numéros de juin et juillet). — L'auteur estime qu'il serait injuste de renoncer à la thérapeutique suggestive parce que le mode d'action en est difficile à saisir et à expliquer, et dit que c'est aux résultats pratiques que donne ce moyen qu'on doit mesurer la confiance qu'il convient de lui accorder. Il rapporte ensuite huit observations fort détaillées où des crises convulsives, des paralysies de nature hystérique ou hystéro-épileptique ont été traitées avec succès par la suggestion; et il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° L'emploi méthodique de l'hypnotisme comme moyen thérapeutique est absolument justifié, mais doit être considéré comme un moyen extrême.

2° Le médecin seul doit disposer de ce moyen, soit dans un but scientifique, soit dans un but thérapeutique.

3° Les médecins commettraient une faute grave en regardant ce moyen thérapeutique comme contraire à leur dignité et en l'abandonnant à des mains profanes et inexpérimentées.

4° Il est à désirer que la doctrine nouvelle soit vulgarisée le moins possible, et que les pouvoirs publics interdisent les séances publiques d'hypnotisme.

5° Dans les cas particuliers, le résultat thérapeutique de l'hypnotisme dépend :

(*a*) De la précision de l'indication, ce qui exige une connaissance complète de la maladie.

(*b*) De la méthode employée.

(*c*) De l'influence personnelle du médecin sur le patient.

6° Des règles générales pour l'emploi de cette thérapeutique ne sont pas encore établies et ne pourraient probablement pas l'être, attendu qu'il faut toujours compter avec le caractère du sujet à traiter.

7° L'auteur n'a constaté aucun des inconvénients qu'on a souvent mis sur le compte de la thérapeutique suggestive.

VIII. — *A propos de l'asymétrie crânienne et de la suture*

frontale; par le Dr Fraenckel (numéro d'août). — L'asymétrie crânienne est, d'après l'école italienne, un des principaux signes de dégénérescence et se manifesterait le plus souvent sous forme de plagiocéphalie.

Les méthodes de mensuration du crâne sont fort variées, depuis la simple inspection du crâne et l'appareil dit « conformateur des chapeliers », jusqu'aux instruments de précision spéciaux. Ces mensurations ont établi que l'asymétrie crânienne est à peu près constante et que c'est tantôt l'une, tantôt l'autre moitié du crâne qui est plus développée. D'après Manouvrier, la plagiocéphalie serait plus fréquente dans le sexe masculin, et existerait aussi bien chez les sujets normaux que chez les microcéphales, les idiots, etc.

D'après Lombroso, la plagiocéphalie serait deux fois plus fréquente chez les criminels que chez les individus ordinaires. A cette question se rattache celle de l'asymétrie des hémisphères cérébraux, des circonvolutions, etc. Jadis on regardait le développement symétrique de ces organes comme une condition de perfection; mais Broca prétend que dans les races humaines les plus civilisées, l'asymétrie des hémisphères cérébraux est la règle, tandis que le cerveau des primates, des nègres et des idiots, tend de plus en plus vers la symétrie.

Cette règle n'est cependant pas absolue, et l'auteur a pu se rendre compte par ses recherches bibliographiques et l'observation d'animaux chez lesquels la suture frontale persiste à l'état normal, que l'asymétrie crânienne s'observe également dans les espèces inférieures du règne animal.

De plus, cette asymétrie des organes existerait, d'après lui, même dans le règne végétal et peut être constatée si l'on prend comme point de départ de comparaison la nervure dite médiane des feuilles. Aussi, estime-t-il que si ces faits sont bien établis, on doit regarder l'asymétrie comme la règle dans le règne organique. Dès lors, l'auteur suppose que l'existence chez les criminels d'une asymétrie crânienne, dépassant les limites ordinaires, peut seule expliquer la doctrine de l'école italienne qui fait de l'asymétrie un signe de dégénérescence.

Dr A. Adam.

BIBLIOGRAPHIE

L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine; **par M. Pierre Janet, professeur agrégé de philosophie au lycée du Havre, docteur ès lettres, ancien élève de l'École normale. 1 vol. in-8° de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*, 1889. Félix Alcan, édit.**

Ce livre, très intéressant, est en réalité une étude complète de la psychologie de l'hypnotisme. Il est l'œuvre d'un professeur, d'un universitaire et, chose à bien noter, la métaphysique n'y apparaît guère et l'observation objective est la base unique de toutes les explications théoriques. La psychologie devient donc de plus en plus une branche de la physiologie et les sciences physiologiques en général deviennent de plus en plus des synthèses des sciences physiques et naturelles. Conception qui n'est certainement pas nouvelle, mais qui commence seulement à se généraliser.

M. Pierre Janet admet chez l'homme une activité psychique élémentaire *automatique* et, à l'inverse de beaucoup de ses collègues, il croit que cette activité est accompagnée d'une certaine forme d'intelligence et de conscience. Quant aux phénomènes psychiques supérieurs, compliqués, qui se séparent nettement les uns des autres, ils ont pour rudiment l'activité psychique élémentaire automatique. Si, comme je l'espère, j'ai bien saisi cette pensée développée dans la préface de l'ouvrage, qu'il en convienne ou non, l'auteur est déterministe.

M. Pierre Janet se propose d'étudier d'abord l'automatisme dans sa forme la plus simple, quand il est complet et qu'il occupe l'esprit tout entier, ensuite d'étudier l'automatisme partiel, c'est-à-dire n'occupant qu'une partie de l'esprit, plusieurs activités élémentaires pouvant se développer simultanément dans une même pensée, et enfin d'examiner les activités anormales inexplicables par la seule théorie de la volonté libre, mais

qui s'expliquent au contraire logiquement après l'étude préalable des formes inférieures de l'activité psychique.

L'observation subjective ne pouvant donner que des résultats au moins incomplets, il faut recourir à l'observation objective, et les meilleurs sujets d'étude sont les hypnotisés puisque, grâce aux progrès de la science moderne, on est arrivé à modifier à volonté leur état mental et à réaliser ainsi l'expérience de la statue animée, rêvée par Condillac.

C'est donc par des observations et des expériences prises et faites sur des hystériques hypnotisables que l'auteur a édifié son travail. De ces observations et expériences, les unes sont connues et ont déjà été publiées, les autres m'ont paru réellement originales. Quant aux déductions, elles sont justement les éléments de l'ouvrage que je recommande aujourd'hui à mes confrères et même aussi aux philosophes de profession.

On trouve d'abord, dans la première partie, la description des différents phénomènes observés dans l'état cataleptique et leur interprétation. — Les actes accomplis dans l'état cataleptique sont des actes psychiques, ils s'accompagnent d'une conscience spéciale, rudimentaire. L'auteur combat les arguments des observateurs qui, comme M. Despine, ne reconnaissent aucune sorte de conscience pendant la catalepsie. Là, se trouve un des passages les plus originaux de *l'automatisme psychique :* ces actes conscients d'une certaine manière ne sont pas liés à l'idée de personnalité. Donc : une conscience sans le *moi.*

Il faut évidemment, pour comprendre une telle proposition, se placer à un point de vue exclusivement psychologique, ne pas faire du *moi* une cause, mais seulement une certaine idée qui se rattache à la plupart des actes psychiques tant soit peu complexes et comprenant des faits de mémoire.

En résumé, M. Pierre Janet démontre, d'après ses expériences sur ses hypnotisés, qu'il y a dans l'état cataleptique, une conscience rudimentaire, réduite aux sensations et aux images et sans aucune idée de relation constituant la personnalité.

Dans cet état, l'esprit n'est occupé successivement que par une image produite par une sensation, ou tout au moins par une synthèse très simple d'images. Il ne se produit, par conséquent, pas d'antagonisme, et c'est ainsi que tous les phénomènes cataleptiques peuvent en dernière analyse s'expliquer par les considérations suivantes : « 1° Un grand nombre de sensations et d'images sont accompagnées par un mouvement cor-

porel et ne peuvent pas exister sans le produire ; 2° toute sensation ou image, excitée dans la conscience, dure et persiste tant qu'elle n'a pas été effacée par un autre phénomène ; 3° toute sensation ou émotion tend à se développer, à se compléter, en se manifestant toujours par les mouvements et les actes dont elle est inséparable. »

Vient maintenant l'étude du somnambulisme. M. Pierre Janet croit qu'il n'y a aucun signe physique qui permette de reconnaître cet état et, quant aux signes psychiques, ce n'est pas sur les modifications de la volonté que l'on doit s'appuyer pour faire le diagnostic, mais bien sur la mémoire. Il relate à ce propos ses observations sur certains sujets qui, quand le somnambulisme était profond, manifestaient, plus encore qu'à l'état de veille, une volonté spontanée et indépendante. Ce qui caractérise le somnambulisme, c'est : 1° l'oubli complet, pendant l'état de veille, de ce qui s'est passé pendant le sommeil ; 2° le souvenir complet, pendant un nouveau somnambulisme, de ce qui s'est passé pendant le somnambulisme ancien. Et comme les différences de degrés sont d'une importance extrême en psychologie, il faut remarquer qu'il existe parfois une période post-hypnotique pendant la durée de laquelle les sujets peuvent garder un certain souvenir des actes appartenant à la période somnambulique, lesquels actes leurs apparaissent comme des rêves.

Maintenant, et c'est là une observation peu répandue, le même sujet entre dans des états variés nombreux, analogues les uns aux autres et tous englobés dans ce qu'on appelle l'état somnambulique. Suivant l'état où il a été amené, il présente une mémoire différente, se souvient ou ne se souvient pas de tel ou tel autre état où il a été précédemment. On peut ainsi observer dans les expériences une sorte de système de mémoires alternantes.

Tous les faits observés pendant le somnambulisme peuvent s'expliquer, pense l'auteur, avec le secours des acquisitions psychologiques modernes. La mémoire est la reproduction, sous forme d'image, d'une sensation précédemment éprouvée. Or, l'image est, avec une complexité moindre, identique à la sensation. Il faut donc de toute nécessité, pour que la mémoire ait lieu, que la faculté de sentir existe. Si un centre sensitif est perdu, le sujet ne peut plus avoir le souvenir des sensations spéciales à ce centre. Les hystériques qui ont une anesthésie profonde ne conservent plus les hallucinations du sens perdu, et

les expériences font voir que, si l'on parvient à leur donner ces hallucinations, on leur rend momentanément la sensibilité suspendue.

Dans le somnambulisme, certaines sensibilités sont absorbées, pendant que d'autres persistent. On s'aperçoit bien, en effet, que tel sujet visuel, à l'état normal, devient sensitif ou moteur selon l'état dans lequel il est plongé. D'où ces alternances des mémoires et des oublis, pourrait-on dire, reconnues par l'expérimentation. Il faut citer, ici, l'auteur : « Les phénomènes psychologiques complexes, les idées, le langage, les mouvements volontaires, sont constitués chez chaque individu, à chaque moment, par des images sensibles d'une espèce déterminée, et la mémoire de ces phénomènes complexes dépend de la reproduction de ces mémoires élémentaires. Si ces images ne peuvent plus être reproduites, tous les souvenirs qui y sont liés disparaissent et quoique l'individu puisse encore penser et parler avec d'autres images, il ne se souvient plus des pensées et des paroles précédentes. Que la reproduction des premières images redevienne possible, les souvenirs réapparaîtront tout entier. Or cette reproduction n'a lieu que si l'état des sens se retrouve le même. La mémoire et des phénomènes complexes se rattachent donc à ce même fait, la persistance ou la variation de l'état de sensibilité. »

Les quelques données que je reproduis sont loin de constituer une véritable analyse de l'*automatisme psychologique*. Je réunis seulement les plus importantes, et je ne dis même pas les plus intéressantes, car l'intérêt de l'œuvre réside surtout peut-être dans les détails d'expérience et dans ces hypothèses plus ou moins bien établies, dans des réflexions suggestives. Mais pour analyser sérieusement un travail aussi considérable, il faudrait une place que je n'ai pas. Je tâche seulement d'indiquer les idées principales de ce livre qui, je ne peux trop le répéter, doit être lu et médité.

Continuant donc de passer rapidement en revue les différents chapitres, nous arrivons à la suggestion. M. Pierre Janet trouve que certains auteurs élargissent démesurément le sens du mot. Pour lui, la suggestion désigne un automatisme d'un genre particulier, celui auquel donnent naissance le langage et en général les perceptions. C'est l'influence d'un homme sur un autre, qui s'exerce sans l'intermédiaire du consentement volontaire.

Après la description des phénomènes de la suggestion; leur

explication. L'auteur fait une revue critique des différentes théories sur ce sujet, celles de MM. Bernheim, Durand de Gros, Binet, etc...; puis celle de M. Richet à laquelle il se rallie. L'amnésie serait la cause principale de la suggestion, laquelle doit être considérée comme un état de distraction naturelle et perpétuelle qui empêche les sujets d'apprécier aucune autre sensation en dehors de celle qui occupe actuellement leur esprit. Il y aurait un véritable rétrécissement du champ visuel, c'est-à-dire une diminution du nombre des phénomènes simultanés que l'esprit peut embrasser à un moment donné.

La seconde partie a trait, on le sait, à l'automatisme partiel. On y trouve successivement l'étude des actes subconscients, des anesthésies et des existences psychologiques simultanées, de diverses formes de la désagrégation psychologique et enfin, de la faiblesse et de la force morale.

Aux actes subconscients se rapportent les phénomènes que Lasègue le premier a désignés sous le nom de catalepsies partielles, les suggestions par distraction, les suggestions post-hypnotiques. On trouve dans ce chapitre les relations de certaines expériences qui, comme celles bien connues de MM. Binet et Féré, sur les mouvements intelligents des membres insensibles provoqués chez les hystériques et à leur insu, lesquelles expériences démontrent l'existence d'une seconde conscience, seconde conscience mise en lumière également par l'étude des suggestions post-hypnotiques.

Les anesthésies systématisées renseignent beaucoup sur cette seconde conscience. L'auteur désigne ainsi les anesthésies localisées à un certain nombre de sensations ou d'images, les autres sensations ou images parvenant normalement à la conscience. Ainsi on empêche à un sujet de voir un certain objet, tous les autres objets voisins restent visibles pour lui. Or la sensation persiste malgré l'anesthésie systématisée, car on peut, par suggestion, rétablir le souvenir de toutes les sensations qui semblent n'avoir pas été perçues. La sensation est donc simplement déplacée, enlevée à la conscience normale, mais elle peut être retrouvée comme faisant partie d'un autre groupe de phénomènes, d'une sorte d'autre conscience.

L'auteur démontre ensuite que l'*électivité* des anciens magnétiseurs est identique à l'anesthésie systématisée. Les phénomènes supprimés sont généralement plus nombreux dans l'électivité et c'est pourquoi on pourrait l'appeler esthésie systématisée.

Dans le chapitre suivant consacré à l'étude des anesthésies générales des hystériques, on voit que de même qu'il y a eu un grand nombre d'actes inconscients que le sujet peut accomplir sans le savoir, de même il y a un grand nombre de sensations qu'il peut éprouver, dont il peut se souvenir, sur lesquelles il peut raisonner sans en avoir aucune conscience.

Tous ces phénomènes d'anesthésie, de paralysie, semblent indiquer que les choses se passent comme si le système des phénomènes psychologiques, qui forment la perception personnelle chez tous les hommes, était chez ces individus hypnotisés désagrégé. Ce système unique normal se divise en plusieurs groupes de phénomènes conscients, groupes simultanés mais incomplets, et se ravissant les uns les autres les sensations et les images et, par conséquent, les mouvements qui doivent être réunis normalement dans une même conscience et un même pouvoir. — Cette hypothèse fait connaître le phénomène du dédoublement simultané de la personnalité. Il y a une personnalité créée par le somnambulisme qui persiste encore au réveil et qui trouble d'une façon bizarre la conscience normale. (Exemple : les suggestions post-hypnotiques.)

L'ouvrage se termine par l'étude des diverses formes de la désagrégation psychologique. Ainsi plusieurs chapitres sont consacrés à la baguette divinatrice, au pendule explorateur, à la lecture de la pensée, au spiritisme. L'auteur explique tous ces phénomènes du spiritisme par l'intervention de la double conscience.

Je finirai ici cette analyse bien incomplète de l'œuvre de M. Pierre Janet. Il y aurait cependant bien des points encore à faire ressortir, principalement les diverses théories des anesthésies, les dissertations sur le phénomène du dédoublement de la personnalité et sur ses conséquences philosophiques. Je n'ai, à vrai dire, fait qu'indiquer une partie seulement de ce que le lecteur trouvera dans l'*automatisme psychologique*.

L. CAMUSET.

Through the ivory Gate (A travers les portes d'ivoire); par le Dr William W. Ireland, 1 vol. in-8°. Edinburgh, 1889.

Comme le dit l'auteur, ce livre est une continuation d'un autre qu'il a écrit précédemment sous le titre de « The Blot on

the Brain », ce que l'on pourrait traduire trop familièrement par : une araignée dans le plafond.

Dans ce dernier ouvrage on trouve une étude historique et psychologique sur Mahomet, Jeanne d'Arc, Mohammed Toghak et d'autres personnages historiques. Dans le présent volume, il s'agit de la vie d'Emmanuel Sweedenborg, de William Blacke, de Louis II de Bavière, de Charles J. Guiteau, de Louis Riel, de Gabriel Malagrida, de Théodore d'Abyssinie et enfin de Thebaw, roi de Birmanie. Tous ces personnages pour l'auteur étaient des fous. Ce travail constitue une étude analogue à celle que Lélut a faite dans le *Démon de Socrate* et l'*Amulette de Pascal*. Leuret avait aussi abordé l'examen au point de vue mental de personnages pieux, ainsi que Calmeil. Moreau (de Tours) a repris ces recherches à un point de vue général dans sa *Psychologie morbide*; mais il y a une grande différence entre M. Ireland et ses illustres prédécesseurs; ceux-ci ne s'étaient pas contentés de raconter la vie des hommes célèbres qu'ils mettaient au nombre des aliénés ou des excentriques, ils en avaient tiré partie d'une façon très psychologique et, pour ne citer qu'un exemple, quelle instructive introduction Lélut n'a-t-il pas mise à son *Amulette de Pascal!* Malgré cette différence, le livre de M. Ireland se lit avec intérêt et profit. La longue étude sur Sweedenborg offre en particulier un certain nombre de points curieux. On sait que Sweedenborg était né à Stockholm, le 29 janvier 1688. Son père était doyen de la cathédrale d'Upsala et professeur de théologie. Celui-ci était vigoureux, intelligent, ambitieux et plein d'amour-propre, et, il faut le noter, profondément religieux : *Il voyait des esprits;* il avait eu des conversations fréquentes avec son ange gardien. Cette particularité de trouble mental se transmit à son fils et celui-ci, arrivé à un certain âge, commença lui aussi à entrer en rapport avec les esprits. Il avait jusqu'alors employé tout son temps à étudier et, comme c'était la coutume à son époque, il avait des connaissances universelles; profondément religieux, il méditait aussi fréquemment sur les sujets de la foi, mais avant d'arriver à connaître l'existence des esprits, comme il l'a raconté dans un de ses ouvrages, il était sujet à des rêves par lesquels il était informé de certaines choses sur lesquelles il avait l'intention d'écrire. Dans son journal, on trouve la description de la première révélation complète qu'il a eue dans le mois d'avril 1743; dans cette révélation, Jésus-Christ lui apparut, lui parla et Sweendenborg lui répondit. Son état pendant

ce temps était un état analogue au rêve que M. Baillarger désigne du nom de « état d'hallucination », car Sweedenborg dit lui-même : « Et alors je m'éveillai en tremblant. » Il semble bien qu'il ait eu de véritables hallucinations de l'ouïe; mais comme son père avait lui aussi des conversations avec les esprits, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'il fût préparé à avoir des hallucinations non silencieuses, car il devait s'y attendre, et de plus il entre dans la *nature* même des *esprits* de pouvoir directement se faire entendre. Les rapports avec les esprits, extrêmement fréquents, l'ont amené à croire qu'il pouvait pénétrer les secrets du ciel, et il a donné des descriptions du monde spirituel, des cieux et de l'enfer, qui sont aussi peu instructives que ce que nous apprennent les apparitions qui ont lieu de nos jours. Il avait des hallucinations de tous les sens et de la sensibilité générale; certaines hallucinations correspondaient à un changement dans l'état de sa respiration.

Nous n'avons pas besoin d'analyser tout au long toutes les extravagances que Sweedenborg a réunies dans ses écrits. Nous rappellerons seulement, parce que c'est un sujet à la mode, les histoires de seconde vue, analogues à celles que les Anglais ont laborieusement réunies dans les *Phantasms of the living*. La plus frappante est la suivante : se trouvant à Gottenbourg chez un ami, il sortit de la maison vers six heures et rentra précipitamment avec un air alarmé, annonçant que le feu avait pris à Stockholm, que la maison d'un de ses amis était détruite et que la sienne propre était menacée. Un moment après huit heures, il s'écria : « Dieu soit loué, le feu est éteint à la distance de trois portes de ma maison! » Ceci arriva le samedi soir, et le lundi suivant un courrier venant de Stockholm apporta l'avis de l'incendie avec des détails exactement semblables à ceux que Sweedenborg avait donnés. La distance entre Stockholm et Gottenbourg est environ de 300 milles. Kant procéda à une investigation de cette affaire par correspondance et déclara qu'il avait de bonnes raisons de croire que cette affaire s'est passée exactement comme elle est racontée par Sweedenborg dans son journal.

Il n'est pas inutile de rappeler qu'une petite église s'est formée, suivant dans ses croyances les idées que le Suédois illuminé a répandues dans ses écrits sur la nature des choses et le monde des Esprits.

M. Ireland classe le cas de Sweedenborg parmi ceux qui appartiennent à la paranoïa ou à la « delusional insanity ».

Nous ne nous étendrons pas plus longuement sur le restant du volume. Nous ne pouvons qu'engager les lecteurs des *Annales* à le parcourir, ils auront certainement du plaisir à le faire.

P. C.

Syphilis et paralysie générale; par les Drs A. Morel-Lavallée et L. Bélières ; 1 vol. in-8°, précédé d'une préface de M. le professeur Fournier. Paris, Octave Doin, éditeur; 1889.

La question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis a passé, en France, par les phases les plus diverses. Avec les premiers auteurs, la syphilis compte banalement au nombre des causes adjuvantes, de la paralysie générale, et la mention générique « maladie vénérienne » figure communément dans l'anamnèse de leurs observations. Les choses en restent là pendant longtemps, jusqu'au jour où Fournier attribue certains caractères spéciaux à la paralysie générale issue de la syphilis et en fait une pseudo-paralysie générale susceptible d'être différenciée de la méningo-encéphalite vraie. Cette idée fait rapidement du chemin et de nombreux travaux viennent la confirmer. Mais, comme il arrive souvent en pareil cas, le but est dépassé, et ce qui n'était dans l'esprit de l'éminent professeur qu'une vérité relative, applicable seulement à quelques cas particuliers, devient pour ses successeurs un dogme radical et absolu. Désormais la syphilis est considérée par la plupart des aliénistes français comme uniquement susceptible de produire une fausse paralysie générale, qualifiée de spécifique et curable par un traitement approprié. Dès lors, la conception étiologique de la paralysie générale semble s'étendre et on distingue dans son domaine : 1° la paralysie vraie ou classique, dont la cause réelle reste toujours indéterminée; 2° les pseudo-paralysies générales ou, comme disait Lasègue, les états paralysoïdes, nés pour la plupart d'intoxications ou d'infections, et variant plus ou moins avec leur élément d'origine. La pseudo-paralysie générale syphilitique occupe nécessairement un rang important parmi ces dernières.

Dans ces conditions, il devenait inutile de rechercher si la syphilis constituait un antécédent fréquent de la paralysie générale vraie, puisqu'elle ne pouvait avoir aucune action sur elle ; aussi, les très rares statistiques faites à cet égard, partant d'un esprit préconçu et par suite superficielles, restèrent-elles néga-

tives, ou plutôt confirmèrent-elles la théorie en cours, en paraissant établir dans la méningo-encéphalite la rareté d'un infection antécédente.

Pendant un temps, ces idées, si généralement adoptées en France, influèrent sur les étrangers. Mais ceux-ci furent les premiers à se reprendre, et plusieurs, suivant en cela quelques anciens convaincus, comme Kjellberg, n'hésitèrent plus à reconnaître que la syphilis était un des facteurs principaux de la paralysie générale, dans le passé de laquelle elle se retrouvait avec une fréquence considérable. Bientôt et à part les contradictions obligées, ce fut l'idée courante en Allemagne, en Angleterre, en Suède et dans les États-Unis.

Toutefois, la France résistait, obstinément fixée dans sa croyance, et à peu près sourde au mouvement grossissant d'opinion qui se produisait à l'étranger.

Il a fallu, pour secouer cette indifférence, que l'Académie de médecine, heureusement inspirée, mette au concours l'intéressante question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis. Encore est-il piquant de faire remarquer que les concurrents ont mis deux ans, si je ne me trompe, pour se décider à affronter la lutte, tant les esprits y étaient peu préparés jusqu'à ce moment. Il est vrai que rien n'a été perdu pour attendre, et que le nombre et la valeur des mémoires ont dépassé toutes les prévisions.

Le volume de MM. Morel-Lavallée et Bélières, dont j'ai à parler ici, est un de ceux qui ont été récompensés, et jamais, je me hâte de le dire, distinction ne fut plus juste et mieux méritée. Cette association d'un aliéniste et d'un syphiligraphe ne pouvait du reste que produire d'excellents résultats dans une question mixte, relevant à la fois de la pathologie mentale et de la syphiligraphie.

Il suffit de lire le livre pour se rendre compte du but poursuivi par les auteurs. Ce n'est pas une thèse qu'ils ont voulu défendre et ils se sont gardés, dans une controverse aussi vive, de prendre parti pour l'une ou l'autre opinion. S'il m'était permis de me servir d'une expression dont on a beaucoup abusé ailleurs et qui ici, au moins, est légitime, je dirais que ce livre est essentiellement *documentaire*, en ce sens qu'il a pour objet de rassembler et de présenter, dans un tableau d'ensemble, tous les éléments susceptibles d'éclairer le problème en litige.

Ce problème, du reste, y est examiné sous ses diverses faces. Après un historique sommaire mais bien nourri, l'ouvrage se

divise en trois livres dont le premier est consacré aux folies syphilitiques, le second aux pseudo-paralysies générales, le troisième enfin à la paralysie générale vraie dans ses rapports avec la syphilis. Il se termine par des observations avec discussion, des conclusions et des pièces justificatives.

Les auteurs ont relativement peu insisté sur les folies syphilitiques, dont l'histoire ne rentrait pas en effet d'une façon absolue dans le cadre de leur travail. En revanche, les pseudo-paralysies générales spécifiques ont été de leur part l'objet d'une étude approfondie, qui, sans aboutir à des conclusions certaines, leur a cependant permis de formuler, comme probables, les deux propositions suivantes : 1° Anatomiquement, la pseudo-paralysie générale spécifique diffère suivant qu'elle est due à des lésions en foyer de l'écorce ou des parties profondes du cerveau, ou bien à des processus de méningo-cérébrite corticale diffuse, primitifs ou secondaires ; 2° cliniquement, elle se différencierait de la paralysie générale vraie par certains signes, indiqués surtout par Fournier, Julius Mickle, Motet, et parmi lesquels il faut citer l'absence ou l'intensité moindre de l'affaiblissement intellectuel, du délire, de l'inégalité pupillaire et de l'hésitation de la parole.

Le chapitre le plus important de l'ouvrage est consacré à la syphilis dans ses rapports avec la paralysie générale vraie, c'est-à-dire à l'influence étiologique de la syphilis sur la paralysie générale. C'est ici surtout que les auteurs ont évité de prendre parti, se bornant à recueillir et à mettre en relief une infinité de documents qui leur sont venus de tous côtés. On ne saurait trop les féliciter de l'enquête si minutieuse et si délicate qu'ils ont instituée à cet égard, les renseignements obtenus ainsi constituant les véritables pièces du procès. Il résulte de cette enquête que, pour la plupart des savants étrangers, la syphilis se retrouve très fréquemment dans les antécédents de la paralysie générale. Quant à la proportion, il est difficile de la fixer exactement, les statistiques étant de leur nature essentiellement variables. Il ressort cependant des chiffres fournis qu'en faisant abstraction des extrêmes, cette proportion varie entre 60 et 80 p. 100. Pour la France, les auteurs ont été moins heureux, leur demande étant presque partout restée sans réponse. C'est à peine s'ils ont pu recueillir deux statistiques : celle de M. Magnan, donnant 4 p. 100 de syphilis chez les paralytiques hommes et 1 p. 100 chez les femmes ; la mienne, donnant de 70 à 76 p. 100 de cas certains.

On comprend qu'en présence de pareilles contradictions, MM. Morel-Lavallée et Bélières, qui avant tout tenaient à faire œuvre impartiale, aient été fort embarrassés pour conclure. Il est facile de voir, cependant, qu'ils sont d'esprit avec les partisans de la fréquence étiologique de la syphilis dans la paralysie générale. Cette tendance perce à mainte reprise dans leur ouvrage comme dans la préface si spirituellement savante de M. le professeur Fournier, et elle eût abouti sans nul doute à une affirmation beaucoup plus nette si, au lieu d'un mémoire de concours, destiné à heurter l'opinion de juges notoirement hostiles, il se fût agi d'une profession de foi, écrite en pleine liberté.

Où conduirait maintenant l'hypothèse de l'étiologie syphilitique de la paralysie générale si elle était admise ? C'est ce que devaient, en dernier lieu, examiner les auteurs. La paralysie générale serait-elle le produit d'une lésion véritablement syphilitique, ou seulement une affection para-syphilitique, comme on dit du tabes? Sur ce point, les données ne peuvent être encore qu'hypothétiques, et rien n'autorise à se prononcer d'une façon certaine. Toutefois, ainsi que le pensent la plupart des savants étrangers, il s'agirait dans ces cas de lésions indirectement provoquées par la syphilis, plutôt que de lésions directes.

Tel est, dans son ensemble, l'ouvrage de MM. Morel-Lavallée et Bélières. C'est un livre intéressant, impartial, nourri de faits, et qui sera consulté par tous avec le plus grand fruit.

Je devrais clore ici cet article bibliographique. Mais ayant rappelé à grands traits les origines de la question, il m'est impossible de ne pas dire un mot de sa phase actuelle.

Depuis la publication du livre de MM. Morel-Lavallée et Bélières, en effet, cette question des rapports de la paralysie générale et de la syphilis, est devenue d'actualité en France, et elle a été longuement discutée au Congrès international de Paris d'abord, et plus récemment au Congrès de Rouen. Ces discussions ont montré que l'opinion qui prévaut dans notre pays n'avait pas changé et qu'on était moins que jamais disposé à admettre la fréquence de la syphilis comme antécédent de paralysie générale. Il s'en est même fallu de peu qu'une statistique raisonnée, concluant à la proportion de 80 syphilitiques pour 100 paralytiques généraux — chiffre qui eût paru naturel à l'étranger — ne fût traité de fantaisiste, tandis que passait sans protestation une assertion purement affirmative dans laquelle cette proportion était fixée à 9 sur 560, ou 1.80 p. 100 :

d'où il suit qu'il existerait moins de syphilitiques dans la paralysie générale que dans toute autre maladie, voire même chez le commun des mortels. Je suis personnellement trop intéressé dans le débat pour qu'il me soit permis de relever ici les objections opposées à ma statistique et d'en montrer l'inanité. Je me bornerai à établir, ce dont on a paru douter, que mes chiffres étaient, comme je l'ai dit, l'expression exacte et absolue de la vérité.

Si je m'étais borné à interroger les malades et l'entourage ou à rechercher chez eux, comme le fait M. Aug. Voisin, les stigmates physiques de la syphilis tertiaire, mon enquête eût été certainement superficielle et erronée. Heureusement, mes investigations ont été plus longues, plus minutieuses, plus étendues, et je n'ai pas hésité à instituer pour chacun de mes paralytiques, une sorte d'instruction spéciale dont j'ai poursuivi dans certains cas le résultat pendant plusieurs mois, ne me laissant rebuter par aucun obstacle et par aucune difficulté. Et si l'on veut savoir comment j'ai pu arriver à affirmer la syphilis chez des malades dont la plupart n'en portaient aucune trace extérieure, je répondrai que, dans presque tous les cas, c'est un spécialiste ou le médecin de la famille, celui qui avait soigné la vérole des parents ou des sujets, qui m'a fourni sur son origine, son évolution et son traitement, les renseignements les plus circonstanciés. On ne saurait dire ce qu'on apprend ainsi de choses intéressantes, en s'adressant à des confrères au courant de tout ce qui touche à la santé de la famille et aux antécédents des malades qui nous sont confiés. Que ceux qui croient encore qu'il existe à peine un ou deux syphilitiques sur 100 paralytiques généraux, veuillent bien puiser sérieusement à cette source et ils seront, comme moi, pleinement édifiés. Car, chose curieuse, tandis que les aliénistes français sont encore en majeure partie réfractaires à cette idée de fréquence de la syphilis dans la paralysie générale, les médecins praticiens, eux, plus à même de connaître le passé de leurs malades, ne font en général aucune difficulté pour l'accepter.

C'est tout ce que j'avais à dire pour l'instant sur ce sujet, et je laisse au temps, le grand maître, le soin d'élucider cette question, comme il a fait de tant d'autres. Je ne veux pas terminer, toutefois, sans reproduire ici, d'après la traduction inédite du Dr Clos, un fragment de l'article *Paralysie générale* du *Traité des maladies du système nerveux* de Hirt, 1890. On verra par là la vérité de ce que j'avançais tout à l'heure, à savoir qu'à

l'heure actuelle les étrangers sont à peu près tous d'accord sur un point de pathologie qui nous divise encore d'une façon si profonde et si absolue, et qu'après avoir démontré l'existence très fréquente de la syphilis dans la paralysie générale, ils en sont maintenant à rechercher si la paralysie générale est, dans la plupart des cas, une affection directement ou indirectement syphilitique.

Voici ce que dit l'auteur allemand :

« A côté de la prédisposition native, il y a aussi une prédisposition *acquise*, qui se distingue de l'autre en ce que, pour amener la maladie, elle n'a besoin d'aucune cause occasionnelle, qu'elle suffit le plus souvent complètement par elle-même. Comme nous l'avons observé pour le tabes, ce facteur est la *syphilis*. Elle joue dans la paralysie générale le même rôle étiologique prédominant que dans le tabes. Un individu devenu syphilitique a beaucoup plus à craindre la paralysie que celui qui est resté sain ; d'après les recherches de Réayer, il y serait seize ou dix-sept fois plus exposé. Cette opinion concorde absolument avec mes observations : sur 257 paralytiques, j'en ai trouvé 171 syphilitiques (66.50 p. 100) ; sur 260 autres malades, seulement 14 (5.38 p. 100). On peut dire que l'hérédité et toutes les causes occasionnelles réunies ne produisent pas encore autant de cas de paralysie que la syphilis à elle seule. Toutefois, on ne sait encore exactement comment agit ici la syphilis ; si, comme nous le croyons, l'altération syphilitique des vaisseaux doit être admise ou s'il s'agit d'une action toxique, ce qui conduirait à considérer la paralysie générale, ainsi que le tabes, comme une affection post-syphilitique. Quant au fait en lui-même, tout le monde est d'accord, et les nombreux travaux qui existent à ce sujet parlent sans exception dans le même sens.

Les différences que l'on observe relativement à l'âge et au sexe se réduisent surtout à l'influence de la syphilis. Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes dans la proportion de 3,5 à 1. Les meilleures années de la vie fournissent le plus fort contingent. »

E. Régis.

Algisti ed Algofili **(Ceux qui s'habituent à la douleur et ceux qui l'aiment); par Silvio Venturi. Broch. in-8°. Extrait des *Atti del VI congresso tenuto in Novara il settembre* 1889. Milan, 1890.**

Dans les expériences que M. S. Venturi avait faites pour traiter les maladies mentales par les injections hypodermiques de morphine à doses élevées, celui-ci a été frappé du fait que les aliénés supportent la suppression brusque de doses excessives, tandis que les névropathes et les hystériques présentent les phénomènes graves appelés symptômes d'abstinence par Erlenmeyer, si l'on supprime sans précaution l'injection même de doses très faibles. L'auteur a trouvé que, en remplaçant la morphine par de l'eau distillée, l'inconvénient de la suppression était fort atténué chez les sujets qui ne sont pas des aliénés proprement dits. Aussi émet-il l'hypothèse que la piqûre n'est pas sans importance dans les phénomènes du morphinisme, c'est-à-dire que l'élément douleur exercerait une action dont l'effet deviendrait un besoin. Il est à remarquer que l'on trouve à peine un seul cas de morphinisme où l'on fît usage de la morphine prise à l'intérieur; il est à remarquer, en outre, que les morphiniques choisissent souvent comme lieu de l'injection celui où la sensibilité est la plus grande. D'ailleurs le nombre des injections n'est pas en proportion avec la quantité de morphine introduite dans l'économie; ainsi, par exemple, à Paris, à la clinique de Charcot, on pouvait voir un jeune homme qui se faisait habituellement quatre-vingts injections par jour pour s'injecter seulement 80 centigrammes.

Il suffit de rechercher dans l'histoire pour trouver de nombreux exemples d'individus qui trouvent un plaisir dans la douleur : tels les flagellants au moyen âge, les ascètes qui portaient des cilices, ou même certains martyrs qui recherchaient la douleur pour elle-même, indépendamment des hystériques et des anesthésiques qui, eux, ne la sentaient pas. Il y a encore en Italie, dans la Calabre, des névropathes qui, dans la semaine sainte, s'organisent en troupes et parcourent les rues en se tailladant les chairs au moyen d'énormes tenailles coupantes. D'ailleurs tout le monde connaît les exercices des fanatiques indiens, qui, durant leurs exercices sanglants, poussent des cris de volupté et de joie. La plupart de ces gens-là aiment la douleur (algophiles); d'autres, sont ceux qui s'y habituent

peu à peu, entraînés par l'exemple ou par l'habitude et qui finissent par en avoir un certain besoin (algistes). Il y en a encore de ces fanatiques, anciens ou modernes, qui non seulement trouvent dans les souffrances une certaine volupté, mais encore en tirent gloire par une vanité étrange et déplacée. Il suffit de citer le fameux Mucius Scœvola, le bienheureux Gérard, saint Siméon Stylite, saint François d'Assise et tant d'autres.

M. Venturi cite encore une observation de M. Tebaldi intitulée : la *Convulsionaria di cortina d'Ampezzo*, où il s'agit d'une névropathe célèbre dans le pays, qui, chaque jour à la même heure, se levait de son lit et se cognait la tête contre le mur un nombre de fois incalculable, 4,500 (*sic*), avec une force terrible.

Peut-être que l'habitude de priser rentre un peu dans le même ordre d'idée. On connaît des cas d'individus qui se livrent au coït, plus ou moins normal, en se soumettant à des douleurs variées qui augmentent la volupté de l'acte génésique.

L'auteur a fait, pour confirmer ses vues, des expériences qui ne sont pas précisément démonstratives. Cependant à la fin de ce travail, il cite un cas d'un médecin morphinomane qu'il guérit très rapidement par la suppression brusque, en lui faisant des injections d'eau pure au su du malade. Celui-ci, qui était médecin, avait remarqué spontanément que, lorsqu'il tentait de remplacer l'injection de morphine par une dose même supérieure prise par la bouche, l'effet habituel de satisfaction ne se produisait pas.

En terminant, M. Venturi conseille de poursuivre ces expériences d'une façon plus complète, sentant bien tout ce que les siennes comportent d'incertain.

En somme, curieuse et intéressante brochure.

P. C.

Verslag omtrent den toestand van het Geneeskundig Gesticht voor Krankzinnigen te Dordrecht over het jaar 1889 (Rapport sur l'état de l'établissement d'aliénés de Dordrecht, pour l'année 1889) ; par le Dr Cowan, Broch. in-8°. Dordrecht, A. Blussé van Oud-Alblas, 1890.

Ce rapport adressé par le premier médecin de l'asile, le Dr F.-M. Cowan, aux régents, c'est-à-dire aux administra-

teurs de l'institution, contient des statistiques qui nous donnent les renseignements suivants. Il y a dix-sept infirmiers et treize infirmières sur un total de cinquante-quatre employés de toute sorte; mais le médecin se plaint que le personnel ne soit plus stable et que malheureusement l'importance d'infirmiers de profession ne soit pas reconnue en dehors du monde médical. Pendant l'année 1889, quarante-cinq malades sont sortis de l'asile dont cinq guéris; cinquante et un patients ont été reçus, dix-neuf sont morts. Le 1er janvier 1889, il y avait cent quatre-vingt-dix-neuf malades présents, et le 1er janvier 1890, deux cent cinq. Nous remarquerons ce chiffre deux cent cinq en comparaison de celui des infirmiers trente. Il y a deux médecins, le Dr F.-M. Cowan et le deuxième, Dr J. Haver Droeze.

Plusieurs tableaux montrent la fréquence des différentes formes de l'aliénation en rapport avec l'état, le sexe, les causes, etc., les guérisons et les morts. Il n'y a là rien de bien intéressant; il l'est plus de remarquer la classification dont on a fait usage :

Mania acuta.
Mania chronica (moria).
Melancholia agitans.
Melancholia attonita.
Stupiditas post maniam.
Hallucinationes.
Insania cyclica.
Insania epileptica.
Insania hysterica.
Insania moralis.
Vecordia (Waanzin) [Wahnsinn, en allemand].
Paralysis cerebri.
Dementia.
Imbecillitas, idiotia hydrocephalica.
Imbecillitas, idiotia atrophica.

Sous la rubrique, *hallucinationes*, on met pêle-mêle toutes les formes qui présentent des hallucinations, même le délire alcoolique, dont on marque seulement la présence par le mot *abusus spirituosorum*.

La plus grande partie de la brochure est remplie par les observations des malades sortis en 1889 et par les autopsies des décédés. L'auteur me paraît attacher une très grande importance à cette sorte de folie morale qu'il appelle avec Maudsley

folie des actes et dont il donne une longue observation au numéro 5. Sous le numéro 14, nous trouvons l'histoire d'un paralytique général soupçonné syphilitique. On lui donna sans *résultat* des doses d'iodure de potassium invraisemblables, jusqu'à 75 *grammes par jour!*

En terminant, on rend compte des distractions (musique, promenades, etc.), et des journaux qui sont mis à la disposition des malades, parmi lesquels il y en a de français, d'allemands et d'anglais. De plus, il y a une table qui montre le nombre de ceux qui ont pu travailler et une autre, le nombre de fois que l'isolement a du être pratiqué.

Ce rapport fait par un médecin est intéressant; il semble que les malades soient placés dans de bonnes conditions; mais il serait également utile de savoir ce que coûtent ces malheureux à la société. Par ces temps d'assistance publique, il est toujours bon de se rendre compte du côté *social* et *économique* de la question des aliénés.

P. C.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Étude sur les troubles intellectuels liés aux lésions circonscrites du cerveau; par le D[r] S. Lwoff, ancien interne des asiles de la Seine. Thèse de Paris, 1890.

— Influenza-Psychosen (Psychoses consécutives à l'influenza); par le D[r] Richard Jutrosinski. Thèse de Strasbourg, 1890. Broch. in-8° de 32 pages avec tableaux.

— La responsabilità nell' isterismo (La responsabilité dans l'hystérie); par le professeur Leonardo Bianchi, de Palerme, Broch. in-8° de 16 pages. Extrait de la *Rivista sperimentale di Freniatria*, 1890.

— La psicologia in rapporto alle ultime nozioni di fisiologia dell cervello (La psychologie dans ses rapports avec les connaissances les plus récentes sur la physiologie du cerveau); par le professeur L. Bianchi. Broch. in-8° de 17 pages. Extrait des *Actes de Congrès de Novare*. Milan, 1890.

— A clinical study of fortyseven cases of paralysie agitans (Étude clinique sur quarante-sept cas de paralysie agitante); par le D[r] Frederick Peterson. Broch. de in-12 de 18 pages. Extrait de *The New-York medical journal* (numéro du 11 octobre 1890).

— Report of the board of trustees of the eastern Michigan

Asylum, at Pontiac, for the biennal period ending june 30, 1890 (Rapport du comité des administrateurs de l'asile de l'Est-Michigan, à Pontiac, pour la période biennale se terminant le 30 juin 1890). 1 vol. in-8° de 144 pages. Lansing, 1890.

— Leitfaden der physiologischen Psychologie in 14 Vorlesungen (Guide de psychologie physiologique en quatorze leçons); par le Dr Th. Ziehen. 1 vol. in-8° de 176 pages avec 21 gravures dans le texte. Iéna, Gustave Fischer, 1891.

— L'hypnotisme; par le Dr Foveau de Courmelles. 1 vol. in-12 de 326 pages avec 42 gravures de la *Bibliothèque des merveilles*. Paris, Hachette, 1890.

— Contribution à l'étude des connexions du cervelet; par le Dr Joseph Brosset, ex-interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. in-8° de 114 pages avec 2 planches. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

— Hémorragie et ramollissement du cerveau. Métallothérapie et hypnotisme. Electrothérapie; par J.-M. Charcot. 1 vol. in-8° de 571 pages avec 13 planches en phototypie. — Tome IX des Œuvres complètes. — Paris. Publications du *Progrès médical,* 1890.

— Di un tentato avvelenamento per uralio in individuo affetto da psicosi successiva all' influenza (Tentative d'empoisonnement par l'uralium chez un individu atteint de psychose consécutive à l'influenza); par le Dr Piazzi Giuseppe. Broch. in-8° de 15 pages. Extrait de la *Riforma medica* (numéro de septembre 1890).

— Le iniezioni sottocutanee di succo dei testicoli di mammiferi nella terapia delle malattie mentali (Les injections souscutanées du liquide des testicules des mammifères dans la thérapeutique des maladies mentales) ; par les Drs Domenico Ventra et Rodrigo Fronda, du Manicome de Nocera Inf. Broch. in-8° de 36 pages avec deux tableaux. Extrait de *Il manicomio moderno*, 1890.

— Essai de physiologie synthétique; par Gérard Encausse. 1 vol. in-8° de 130 pages, avec 35 schémas inédits. Paris, Georges Carré, 1891.

— Ueber Hemihypertrophie (De l'hémihypertrophie); par P. J. Mœbius. Broch. in-8° de 7 pages. Extrait du *Münchener medicin Wochenschrift*, 1890. N° 44.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du* 15 *décembre* 1890 : M. le Dr Blin, interne des asiles d'aliénés de la Seine, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints, à la suite du concours ouvert à Paris, le 26 novembre 1890, est nommé médecin-adjoint à l'asile d'Evreux (Eure), et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.) ;

M. le Dr Marie, interne des asiles de la Seine, déclaré admissible au même concours, est nommé médecin-adjoint de l'asile de la Roche-Gandon (Mayenne), et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du* 15 *janvier* 1891 : M. le Dr Larrieu, médecin-adjoint de l'asile de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), est nommé médecin en chef de l'asile de Cadillac (Gironde), et placé dans la 3e classe de son grade (5,000 fr.) ;

M. le Dr Schils, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Cher), est nommé directeur-médecin de l'asile de Lesvellec (Morbihan), en remplacement de M. le Dr Chambard, non installé, et est maintenu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.);

M. le Dr Chambard, précédemment nommé directeur-médecin de l'asile de Lesvellec et non installé, est nommé directeur-médecin de l'asile de Bourges, et maintenu à la 3e classe de son grade (5,000 fr.).

— *Arrêté du* 19 *janvier* 1891 : Sont promus pour prendre rang à partir du 1er février 1891 : M. le Dr Dumaz, directeur-médecin de l'asile de Bassens (Savoie), à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) ; MM. les Drs Rey, médecin en chef de l'asile Saint-Pierre, à Marseille, et Martinenq, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), à la 2e classe de leur grade (6,000 fr.); M. le Dr Belletrud, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Méen (Ille-et-Vilaine), à la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.) ; et M. le Dr Journiac, médecin-adjoint de l'asile de Blois, à la 1re classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du* 8 *février* 1891 : Sont promus pour prendre rang à partir du 1er janvier 1891 : M. le Dr Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne, à Paris, à la classe exceptionnelle de

son grade (8,000 fr.) ; M. le Dr MARCEL BRIAND, médecin en chef de l'asile de Villejuif (Seine), à la 1re classe de son grade (7,000 fr.), et M. le Dr BOUDRIE, directeur-médecin de l'asile de Vaucluse, à la 2e classe de son grade (6,000 fr.) ;

Est promu à la 2e classe de son grade (6,000 fr.), pour prendre rang à partir du 1er février 1891, M. le Dr FEBVRÉ, médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard.

— *Arrêté du 15 février* 1891 : M. le Dr COLIN, interne des asiles de la Seine, déclaré admissible aux emplois de médecins-adjoints, à la suite du concours ouvert à Paris le 26 novembre 1890, est nommé médecin-adjoint de l'asile de Saint-Gemmes (Maine-et-Loire), et placé dans la 2e classe de son grade (2,500 fr.).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique, dans sa séance du lundi, 23 février 1891, a, sur la proposition de M. Vallon, décidé en principe, d'élever un buste à la mémoire de son fondateur, M. le Dr Baillarger, et a nommé une commission composée de MM. Blanche, Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti et Vallon, chargée de soumettre la question à l'étude.

Dans la même séance, quatre places de membres résidents ou titulaires ont été déclarées vacantes ; et il a été décidé que dans la prochaine séance, qui se tiendra le lundi 23 *mars*, une commission de trois membres serait nommée, chargée d'examiner les titres des candidats et de proposer une liste de présentation.

FONDATION DE DEUX NOUVEAUX PRIX DE MÉDECINE MENTALE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Prix Baillarger. — Dans la séance du 24 février 1891, lecture a été donnée d'une lettre de Mme veuve Baillarger, informant l'Académie des dispositions prises par son mari dans son testament, pour fonder un prix, devant porter son nom. Voici, concernant ce legs, l'extrait du testament de notre regretté maître, que Mme Baillarger a bien voulu nous communiquer :

« La Jonchère, le 2 juin 1879.

« Je lègue à l'Académie de médecine la somme nécessaire pour entretenir une inscription de rente de mille francs à 3 p. 100. Cette rente servira à fonder un prix bisannuel de deux mille francs.

« Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur la

thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics et privés consacrés aux aliénés.

« Les mémoires des concurrents devront toujours être divisés en deux parties :

« Dans la première, ils exposeront, avec observations cliniques à l'appui, les recherches qu'ils auront faites sur un ou plusieurs points de thérapeutique.

« Dans la seconde, ils étudieront séparément, pour les asiles publics et les asiles privés, par quels moyens et par quels changements dans l'organisation de ces asiles on pourrait faire une part individuelle plus large au traitement moral. »

Prix Charles Boullard. — M. le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine a fait, à la séance du 10 février 1891, la communication suivante :

Me Lanquest, notaire à Paris, adresse un extrait du testament de Mme Hédouin, veuve en premières noces de M. le Dr Boullard. Aux termes de ce testament, Mme Hédouin a légué à l'Académie de médecine de Paris « une somme de vingt mille francs à placer en rente sur l'Etat français, pour employer les revenus dans un prix qui sera donné tous les deux ans au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage ou obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales en en arrêtant ou en en atténuant la marche. » Ce prix sera délivré « au nom et en mémoire de mon premier mari, le Dr Charles Boullard, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, enlevé prématurément à la science par la plus cruelle des maladies. »

CONGRÈS ANNUEL DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE.

Session de Lyon (1891).

Les organisateurs du Congrès annuel des médecins aliénistes qui se tiendra à Lyon, au mois d'août prochain, viennent d'adresser à leurs confrères la lettre suivante :

« Lyon, le 1er mars 1891.

« Monsieur et très honoré confrère,

« Le congrès annuel des médecins aliénistes de France et « des pays de langue française devant se réunir en 1891 à « Lyon, le comité d'organisation de cette session, composé du « bureau du Congrès de Rouen auquel ont été adjoints les

« médecins aliénistes de Lyon, a l'honneur de vous demander « votre adhésion.

« La date de la réunion est fixée au lundi 3 août.

« Le programme comprendra :

« 1° La mise à l'ordre du jour des questions suivantes :

« *Du rôle de l'alcoolisme dans l'étiologie de la paralysie « générale ;*

« *De la responsabilité légale et de la séquestration des aliénés « persécuteurs ;*

« *De l'assistance des épileptiques.*

« Un rapport sera fait sur chacune de ces questions et sera « envoyé à chaque membre adhérent dans le mois qui précèdera « la réunion du Congrès ;

« 2° La lecture des mémoires ou les communications orales « des membres du Congrès sur des questions diverses touchant « la médecine mentale ;

« 3° Les visites aux hôpitaux de Lyon et aux asiles d'alié- « nés du département du Rhône.

« Ce programme sera rempli d'après le règlement ci-joint.

« La cotisation est de 20 francs.

« Vous voudrez bien nous faire connaître, dans le plus bref « délai, le titre des travaux ou des communications que vous « avez l'intention de présenter, pour nous permettre de pré- « parer le programme définitif.

« Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assu- « rance de nos meilleurs sentiments confraternels.

« *Le président du comité d'organisation,*
« Prof. Benj. Ball.

« *Le secrétaire de la commission locale,*
« Dr Alb. Carrier. »

« P.-S. Les lettres et tout envoi de documents doivent être adressés au Dr Albert Carrier, médecin des hôpitaux, 13, rue Laurencin, Lyon. »

Règlement.

Article premier. — Un congrès de médecins aliénistes se réunit chaque année dans une des villes de France.

Peuvent y adhérer non seulement les médecins français, mais aussi les médecins des pays de langue française.

La durée du Congrès sera de six jours.

Art. 2. — Deux séances auront lieu chaque jour : une le matin et une autre le soir.

Art. 3. — La première séance sera ouverte par le Prési-

dent du bureau du Congrès de l'année précédente, bureau qui a été constitué en comité d'organisation de la nouvelle session.

Immédiatement après l'ouverture de la séance, on procèdera à la nomination d'un nouveau président, de vice-présidents en nombre indéterminé, d'un secrétaire-général et de secrétaires des séances.

On nommera également des présidents d'honneur.

Art. 4. — Le bureau nommé a la direction des travaux du Congrès et modifie, s'il y a lieu, l'ordre du jour des séances.

Art. 5. — Les membres adhérents français ou étrangers ont seuls le droit de présenter des travaux et de prendre part aux discussions.

Les délégués des administrations publiques françaises jouiront des avantages réservés aux membres du Congrès.

Art. 6. — Les orateurs, de même que les auteurs de communications, ne pourront occuper la tribune pendant plus de vingt minutes.

Art. 7. — Les membres du Congrès qui auront pris la parole dans une séance devront remettre au secrétaire, dans les vingt-quatre heures, un résumé de leurs communications pour la rédaction des procès-verbaux. Dans le cas où ce résumé n'aurait pas été remis, le texte rédigé par le secrétaire en tiendra lieu.

Art. 8. — Les procès-verbaux seront imprimés et distribués aux membres du Congrès le plus tôt possible après la session.

Art. 9. — Un compte rendu détaillé des travaux du Congrès sera publié par les soins du bureau. Celui-ci se réserve de fixer l'étendue des mémoires ou communications livrées à l'impression.

Tout mémoire qui n'aura pas été remis au secrétaire général le 15 novembre ne sera pas imprimé.

Art. 10. — Le bureau du Congrès statue en dernier ressort sur tout incident non prévu au règlement.

Il constitue le comité d'organisation du Congrès de l'année suivante en s'adjoignant les médecins aliénistes de la ville où il doit se réunir.

PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine, dans sa séance du 3 mars 1891, a reçu communication de la liste des mémoires et ouvrages envoyés pour concourir aux prix à décerner à la fin de cette année ; dans cette même séance, elle a procédé à la nomination des commissions de ces prix. Nous donnons ci-après les renseignements concernant la médecine mentale et nerveuse.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (BRÉSIL). — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite, dont le sujet restera au choix de l'auteur, sur n'importe quelle branche de la médecine. Vingt-cinq mémoires ont été envoyés, parmi lesquels nous relevons :

N° 1. De l'acromégalie, maladie de P. Marie, par le Dr J.-D. Souza-Leite, de Paris.

N° 2. Des troubles trophiques dans l'hystérie, par le Dr Alex. Athanassio, de Paris.

N° 3. *On Aphasia or Loos of Speech and the localisation of the Faculty of articulate language*, by Frederic Bateman, London.

N° 4. La folie à Paris. Etude statistique, clinique et médico-légale, par le Dr Paul Garnier, de Paris.

N° 9. Psychologie de l'idiot et de l'imbécile, par le Dr Paul Sollier, de Paris.

N° 10. Méningite anormale due probablement au bacille typhique. — Recherches bactériologiques sur un cas de méningite microbienne. — Des méningites microbiennes, par le Dr Adnot, de Lyon.

N° 16. Sur une affection caractérisée par de l'astasie et de l'abasie, par le Dr Paul Blocq, de Paris.

N° 24. Hérédité et alcoolisme. De l'alcoolisme dans ses rapports avec l'hérédité descendante, par le Dr Legrain, de Vaucluse (Seine-et-Oise).

N° 25. Etude clinique sur la maladie de Thomsen, par le Dr Francisque Déléage, de Paris.

Commission : MM. Polaillon, Le Dentu et Quinquaud.

PRIX BARBIER. — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'*épilepsie*, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

N° 7. Mémoire sur le cervelet, par le Dr Courmont, de Paris.

Commission : MM. Sée (Marc), Jaccoud, Weber.

PRIX CIVRIEUX. — Question : *Des rémissions dans la paralysie générale des aliénés.*

N° 1. Devise : « *Nulla renascentur quæ jam cecidere.* »

N° 2. Devise : « Il reste de nombreuses questions à élucider dans l'histoire de la paralysie générale. »

N° 3. Etude sur les rémissions dans la paralysie générale des aliénés. (Anonyme.)

N° 4. Devise : « Il faut être ignorant comme un maître d'école pour se vanter de dire une seule parole que personne ici-bas n'ait pu dire avant vous. » (Musset.)

Commission : MM. Charcot, Mesnet, Blanche.

Prix Desportes. — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

N° 4. Du sulfonal et de la valeur de son emploi comme hypnotique, par le Dr Samuel Garnier, directeur de l'asile de la Charité (Nièvre).

N° 12. Le morphinisme. Habitudes, impulsions vicieuses, actes anormaux, morbides et délictueux des morphinomanes, par le Dr Pichon, de Paris.

Commission : MM. Hardy, Moutard-Martin, C. Paul.

Prix Itard. — Ce prix sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

N° 10. Sur la topographie des lésions spinales du tabes au début, et sur la valeur systématique de ces lésions. — Tabes dorsalis. — Tabes spasmodique, par le Dr E. Raymond, de Paris.

N° 11. Les maladies de l'esprit, délires des persécutions, délire des grandeurs, paralysie générale, épilepsie, dégénérescence. Etudes cliniques et médico-légales, par le Dr Pichon, de Paris.

Commission : MM. Laboulbène, Dujardin-Beaumetz, Dieulafoy.

Priy Meynot aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

N° 2. L'audition colorée. Etude sur les fausses sensations secondaires de couleurs associées aux perceptions objectives des sons, par le Dr Suarez de Mendoza, d'Angers.

Commission : MM. Villemin, Panas, Javal.

Œuvre de patronage pour les aliénés indigents des asiles publics de la Seine.

Tous nos lecteurs connaissent de longue date l'Œuvre de patronage pour les aliénés indigents, sortis convalescents des asiles publics du département de la Seine. Cette œuvre, qui rend de réels services, a été conçue, dès 1841, par le Dr Falret père, mais n'a reçu un commencement d'exécution qu'en 1843. Six ans après, le 16 mars 1849, elle avait déjà acquis une extension suffisante, pour que, sur la proposition de Dufaure, elle fût reconnue par le gouvernement comme œuvre d'utilité publique. Il s'agit donc d'une œuvre presque semi-séculaire, qui « depuis sa fondation jusqu'à nos jours, a continué à fonctionner régulièrement et à se développer progressivement jusqu'au point où elle est arrivée aujourd'hui ». Ce « point », notre excellent maître et ami, M. le Dr Jules Falret, président du conseil administratif de l'œuvre, nous le fait connaître dans

un rapport très clair et très étudié, lu à l'Assemblée générale le 21 mars 1890. Nous y voyons que le patronage des aliénés s'y exerce sous trois modes principaux : l'asile-ouvroir, les réunions du dimanche, enfin le patronage à domicile. Voici les résultats obtenus pour l'année 1889, pour chacun de ces trois modes :

1° *Asile-ouvroir.* — Cet asile, situé à Grenelle (rue du Théâtre, 52), est dirigé par les religieuses de Notre-Dame-du-Calvaire de Gramat; il a offert pendant l'année 1889 le mouvement suivant :

Convalescentes présentes le 1er janvier 1889. . . .	38
Entrées dans l'année.	70
Placées dans Paris.	63
Réintégrées à l'asile Sainte-Anne.	5
Décédées.	2
Renvoyées dans leur pays.	4
Présentes à l'asile, le 31 décembre 1889.	38

Ce qui frappe dans le tableau précédent, c'est qu'on est parvenu à placer dans Paris 63 patronnées, sur un total de 108 personnes admises ou présentes à l'asile dans le cours de l'année 1889. « Or, comme le dit avec raison M. J. Falret, c'est là un résultat bien digne d'éloges, quand on connaît toutes les difficultés que l'on a à surmonter poûr arriver à placer, dans des positions convenables, les malheureuses auxquelles nous consacrons nos soins. En effet, beaucoup de personnes refusent de les accepter ou de les employer, à cause de la maladie dont elles ont été atteintes, et d'autre part, nos patronnées conservent, par suite de leur maladie, une susceptibilité d'humeur, une instabilité de caractère qui les portent à ne se trouver bien nulle part et à éprouver un besoin incessant de changement et de déplacement. »

Dans cet asile-ouvroir, les patronnées sont soumises à un travail en rapport avec leurs aptitudes et avec leurs forces physiques et morales. Conformément aux statuts de l'œuvre, une partie du produit de ce travail est remise aux patronnées, à titre de pécule, au moment de leur sortie, et l'autre partie est versée dans la caisse de l'Œuvre, pour compenser les dépenses considérables de l'Asile. Cette dernière partie a produit, en 1889, la somme de 2,000 francs.

2° *Réunions du dimanche.* — Ces réunions hebdomadaires constituent un mode de patronage intermédiaire entre le séjour à l'asile-ouvroir et les secours à domicile. Tous les dimanches, un certain nombre de patronnés, hommes et femmes, viennent d'eux-mêmes passer la journée à l'asile de Grenelle, soit seuls, soit accompagnés de leurs enfants. Ils s'y trouvent en quelque

sorte chez eux, y prennent un repas, y entretiennent des relations avec les patronnées résidentes et les religieuses.

Pendant l'année 1889, 1,389 personnes (hommes, femmes et enfants) ont pris part, à l'asile de Grenelle, à ces réunions le dimanche et, pour parer aux frais qu'elles occasionnent, il a été dépensé 2,409 fr. 75.

3° *Secours à domicile.* C'est la tâche la plus difficile de l'Œuvre de patronage; elle est remplie avec zèle et dévouement par les religieuses de l'asile. Mais quels que soient leur dévouement et leur zèle, il leur est impossible de répondre à tous les besoins et de venir en aide à tous les aliénés guéris, dispersés sur la surface de la capitale. « Malgré nos désirs et nos aspirations idéales, dit M. J. Falret, nous ne pouvons remplir que très incomplètement la tâche que nous nous sommes imposée, pour secourir tous les malheureux auxquels notre Œuvre est destinée. Un personnel bien plus nombreux de sœurs, de dames patronnesses et de membres actifs de notre œuvre serait indispensable pour arriver à réaliser convenablement cette partie la plus importante de notre programme, le patronage à domicile ! »

Néanmoins, malgré l'insuffisance des ressources et des moyens d'action pratiques, les résultats peuvent être considérés comme satisfaisants. Ainsi, pendant l'année 1889, 822 personnes, dont 247 hommes et 575 femmes, ont été secourues et visitées à domicile par les religieuses, et une somme de 6,755 francs a été dépensée pour l'exercice de ce patronage à domicile.

Voilà pour le compte moral de l'œuvre; quant au compte financier, il peut se résumer dans les chiffres suivants, qui, nous semble-t-il, parlent d'eux-mêmes.

1° *Recettes.*

1° Recettes intérieures (intérêts de rentes, travail du personnel, secours, locations d'immeubles et souscriptions) . . . . Fr.	6.195 »
2° Recettes provenant de l'administration supérieure (ministère de l'intérieur)	2.000 »
3° Recettes dues à la charité privée (loteries, sermons, dons et quêtes, etc.)	31.002 65
Total.	39.197 65

2° *Dépenses.*

1° Frais généraux d'administration et d'entretien.	4.767 15
2° Frais applicables au personnel secouru.	32.472 40
Total.	37.239 55

En résumé :	Recettes.	39.197 65
	Dépenses.	37.239 55
En caisse le 31 décembre 1889.		1.958 10

La situation financière est donc très satisfaisante. Nous faisons les vœux les plus vifs et les plus sincères pour que cette œuvre de patronage des aliénés indigents de la Seine, à laquelle s'est dévoué M. J. Falret, se maintienne dans cette voie de prospérité. Elle a déjà fait beaucoup de bien, elle peut encore en faire davantage ; à la charité privée de lui en fournir les moyens.

INCENDIES DANS LES ÉTABLISSEMENTS D'ALIÉNÉS.

Asile de Marseille. — On écrit de Marseille au *Temps* (numéro du mercredi 25 février 1891) :

« Un commencement d'incendie s'est déclaré lundi, après-midi, dans les caves de l'asile des aliénés, où sont agglomérées les provisions de lignite de paille et de bois à brûler. Le directeur a aussitôt fait transférer les pensionnaires de la cinquième division, la plus rapprochée du sinistre, et le feu, vigoureusement attaqué, a pu être maîtrisé en quelques heures.

« L'un des employés de la maison, M. Gilles, s'est particulièrement signalé par un acte de courage et de dévouement. Deux barils de poudre à mine, affectée à certains travaux en cours d'exécution dans l'enceinte de la propriété, avaient été entreposés, samedi dernier, dans la cave atteinte par le feu. M. Gilles est entré deux fois, au péril de sa vie, dans le foyer de l'incendie et en a retiré les deux barils de poudre dont la présence en cet endroit constituait un grave danger. »

Maison nationale de Charenton. — Le dimanche, 1er mars, à neuf heures et demie du matin, un incendie s'est déclaré dans une des caves du bâtiment d'administration, celle située au-dessous de l'économat. Le feu a été mis par un employé, qui, imprudemment, s'était approché avec un rat-de-cave d'un fût d'essence qui fuyait.

Grâce aux pompiers de l'établissement et à ceux de Saint-Maurice, de Charenton et de Vincennes, l'incendie a été éteint au bout d'une heure. Il n'y a eu aucun accident de personnes ; tout se réduit à des pertes matérielles s'élevant à une somme de 15,000 francs.

Asile de Nashville (États-Unis). — On télégraphie de New-York, le 14 mai 1891, à l'Agence Havas :

Un incendie s'est déclaré à minuit dans un asile d'aliénés, à Nasville. Six aliénés ont péri. Les autres, au nombre de 500, ont été conduits sous bonne escorte dans le hall central. Mais

les flammes ayant atteint cette partie de l'édifice, les aliénés se sont enfuis hors de l'asile.

FAITS DIVERS.

Interdiction des séances publiques d'hypnotisme à Lyon. — M. le maire de Lyon vient de faire afficher l'arrêté suivant sur les murs de cette ville :

« Considérant que les séances d'hypnotisme et de suggestion données dans les cafés-concert de Lyon sont parfois indécentes, provoquent des incidents scandaleux et jettent la perturbation dans une partie des spectateurs :

« Arrêtons :

« Article premier. — Il est interdit aux directeurs ou propriétaires de cafés-concerts de donner des séances d'hypnotisme, de suggestion ou autres spectacles analogues. »

Diminution de l'alcoolisme en Norvège. — M. Dahl constate dans une brochure sur ce sujet, que dans ces dernières années le nombre des aliénations mentales dues à l'abus des boissons alcooliques a diminué. Tandis qu'en 1856 jusqu'à 1860, 13.7 p. 100 des entrants dans l'asile de Gaustadt, près Christiania, accusaient la boisson comme cause de leur trouble mental, ce nombre est graduellement tombé jusqu'à 2.4 p. 100 pour les années 1886 à 1888. Il en est de même pour les autres asiles d'aliénés de la Norvège.

La statistique de la mortalité indique également que le delirium tremens joue un rôle moins grand dans la mortalité et que le nombre des suicides dus à l'alcoolisme va en décroissant. (*Bulletin médical*, numéro du 15 février 1891.)

La conférence des avocats et l'hypnotisme. — La conférence des avocats de Paris vient de discuter la question suivante :

« L'individu non médecin, qui se livre sur un tiers à des expériences hypnotiques, peut-il être poursuivi pour exercice illégal de la médecine ? »

Mes Adnet et Robert Godefroy ont soutenu l'affirmative ; Mes Jouet et Louis Mill ont soutenu la négative ; M^e^ Ch. Mathiot, comme ministère public, a conclu dans le sens de l'affirmative.

La conférence a adopté l'affirmative.

Un aliéné en liberté. — On écrit de Rodez au *Temps* (numéro du 8 février 1891) :

« La gendarmerie de Sauveterre a conduit à Rodez le nommé Verhnes, des Asquiès, commune de Colombiès, qui, la nuit précédente, avait tué son beau-père dans un accès subit de folie.

Le 27 janvier dernier, cet individu perdait le seul enfant qu'il avait, une fillette de trois ans, pour laquelle il avait une vive affection. Depuis ce jour, il était tombé dans une prostration complète et était inconsolable du malheur qui venait de le frapper.

Dans la nuit de jeudi à vendredi, il se levait brusquement du lit et proférait des menaces de mort contre tous les gens de la maison qu'il invitait à sortir. Effrayée, sa femme se sauvait dans une pièce voisine, tandis que son beau-père, Déléris, avec lequel il vivait en parfaite intelligence, accourait pour le calmer. Ce dernier recevait alors sur la tête un violent coup de bâton et succombait deux heures après aux suites de sa blessure.

Devenu calme, Vernhes ne manifestait aucun remords et ne se doutait pas du crime qu'il venait de commettre.

Il a fait une vive résistance aux gendarmes et a refusé de leur donner la moindre explication. Son attitude a été la même devant les magistrats de Rodez, qui ont aussitôt ordonné son internement à l'asile des aliénés. »

LE PROJET DE REVISION DE LA LOI DE 1838 A LA CHAMBRE DES DÉPUTÉS.

Les bureaux de la Chambre des députés ont procédé, le 17 mars 1891, à la nomination de la Commission pour l'examen de la proposition de loi de M. Joseph Reinach sur le régime des aliénés. — Ont été élus : MM. Thévenet, Raiberti, Ducoudray, Rathier, Mas, Trouillot, Ernest Lafont, Chevandier, Grousset, Joseph Reinach et Jacques.

Cette Commission s'est réunie pour la première fois le 18 mars, et a nommé président M. Thévenet et secrétaire M. Rathier.

La Commission, à l'unanimité, est favorable à la proposition, sous réserve d'observations de détail.

La Commission a décidé d'entendre vendredi le ministre de l'intérieur pour avoir l'avis du gouvernement sur la proposition de visiter, après les vacances de Pâques, un certain nombre d'établissements publics et privés, à Paris et dans les environs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

Paris. — Typographie GASTON NÉE, rue Cassette, 1. — 4047.



DOCTEUR BAILLARGER

1809 _ 1890

IMP. CHARDON-WITTMANN PHOTOGRAVURE PORE

M.DICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

ATION MENTALE

Pathologie.

NOTE

Par le D. DOURSOUT

...ecteur de l'asile d'...

I

... taches, ...

...er à la publicité



DOCTEUR BAILLARGER

1809-18[illegible]

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Pathologie.

NOTE
SUR QUELQUES
CAS D'ATROPHIE ET D'HYPERTROPHIE
DU CERVELET

Par le Dr DOURSOUT
Médecin directeur de l'asile d'aliénés de Limoges.

Bien des travaux ont eu pour but de déterminer le rôle spécial du cervelet qui, depuis les fameuses théories de Gall, a captivé l'attention de tous les curieux. Malgré les nombreuses tentatives faites par les physiologistes et les cliniciens, les fonctions de cet organe sont encore aujourd'hui enveloppées dans une pénombre d'incertitude et de doute.

En apportant le contingent de nos recherches, nous n'avons d'autre prétention que de livrer à la publicité

des documents pouvant servir à l'étude d'un organe qui semble faire le désespoir des expérimentateurs.

Avant de rapporter les observations qui servent de base à ce travail, nous allons résumer, aussi succinctement que possible, l'histoire du cervelet, sans nous rendre trop esclave de l'ordre chronologique.

Depuis Malacarne qui regardait le cervelet comme le siège de l'âme, on en a fait le siège de la mémoire, celui de l'attention et celui du sommeil.

D'après Willis, le cervelet serait l'organe directeur de la vie organique, le centre des esprits vitaux.

Petit, de Namur, en a fait le foyer de la sensibilité.

Saucerotte, après Galien, en fait dépendre certains mouvements musculaires.

Rolando en fait le centre créateur de la force motrice.

Flourens prétend que le cervelet est l'organe de la coordination des mouvements.

Foville et Pinel-Granchamp en font le *sensorium commune*.

Tout le monde sait que Gall localisait dans le cervelet l'instinct de la propagation et le penchant à l'amour physique.

Serres le regarde comme le centre excitateur des organes de la génération par le lobe médian, et des mouvements des membres par ses deux hémisphères ou lobes latéraux.

Bouillaud, après avoir longtemps partagé l'opinion de Gall, en fait le centre législateur des mouvements de l'équilibration et de la locomotion.

Duchenne, de Boulogne, en fait le siège d'une certaine faculté psychique d'harmonisation des mouvements.

Lussana prétend que le cervelet est le siège du sens musculaire.

Pour Luys, le cervelet est le foyer de la force motrice.

D'après Brown-Séquard, le cervelet ne posséderait aucune des fonctions qu'on a voulu lui attribuer.

Au dire de Poincaré, le cervelet ne serait pas seulement un centre de création et de coordination des actes moteurs, il serait encore un bureau de renseignements nécessaires pour l'accomplissement de ces actes.

« Au lieu, écrit Béclard, d'envisager le cervelet « comme l'organe coordinateur des mouvements, mieux « vaut l'envisager comme l'organe de l'équilibration. « Les mouvements, en effet, sont coordonnés en vertu « de dispositions anatomiques sur lesquelles la volonté « elle-même n'a pas de prise. La volonté, par exemple, « est incapable de faire contracter isolément un muscle « fléchisseur ou un muscle extenseur. Quand elle com- « mande, le groupe associé obéit tout entier. Cette « association, cette coordination est en quelque sorte « anatomique et résulte très vraisemblablement du « groupement particulier des cellules de la substance « grise des divers départements du système nerveux « central (notamment dans les couches optiques, les « corps striés et la moelle allongée). Les mouvements « coordonnés ne sont pas anéantis par les lésions, ni « même par la soustraction du cervelet, ainsi qu'il est « aisé de le voir sur les animaux. Ce qu'ils ont perdu, « c'est la faculté de l'équilibre, de l'étendue et de « la mesure du mouvement. En d'autres termes, ils se « comportent exactement comme s'ils avaient perdu la « sensibilité musculaire. »

Bien qu'inédites, les observations que nous allons relater ne nous sont pas toutes personnelles. Plusieurs ont été rassemblées en compulsant les registres d'autopsie et les dossiers de l'asile d'aliénés de Quimper.

Nous devons faire remarquer que le cervelet et le pont de Varole ont toujours été réunis dans une même pesée. Cette méthode est d'ailleurs rationnelle, la pro-

tubérance et le cervelet n'ayant réellement d'existence physiologique que parce qu'ils sont engrenés l'un dans l'autre.

Notre travail se divise naturellement en deux parties : le premier chapitre sera consacré à l'exposé des observations d'atrophie du cervelet, le second comprendra les cas d'hypertrophie.

I. — Atrophie du cervelet.

Observation I.

Sommaire. — *Idiotie. — Troubles de la phonation. — Faiblesse musculaire, titubation. — Tentative parricide et d'incendie. — Accès de fièvre pernicieuse; mort. — Autopsie; poids du cervelet, 90 grammes.*

Le D... (Thomas-Marie) est entré, à l'âge de vingt-trois ans, à l'asile des aliénés de Quimper, après avoir essayé de tuer son père et sa mère et après avoir mis le feu à la chaumière qu'ils habitaient.

A l'époque de la naissance de Thomas-Marie, son père avait soixante-neuf ans et sa mère cinquante-trois ans.

D'une taille élevée ($1^m,77$) et d'une constitution robuste en apparence, Le D... ne peut se tenir debout et décrit des zigzags comme un homme ivre. Il semble chercher sans cesse son équilibre. Les membres inférieurs sont, d'ailleurs, très grêles par rapport au reste du corps. Chez cet idiot d'une laideur repoussante, la face est pâle et irrégulière; le front haut, mais étroit; les bosses sourcillières sont très marquées. Le nez est long, la bouche large, les lèvres de grosseur ordinaire. Les oreilles, très grandes, sont écartées de la tête et mal ourlées.

Dépourvu de mémoire, Le D... articule mal ; mais son vocabulaire n'est pas aussi restreint que chez beaucoup d'individus de sa catégorie.

Pendant son séjour à l'asile, il s'est fait remarquer par son irascibilité, sa brutalité, ses tendances au vol, ses mensonges et par sa voracité.

Alité, à différentes reprises, pour diarrhée et affections thoraciques, il fut emporté par un accès de fièvre pernicieuse.

AUTOPSIE. — *Céphalométrie.*

	Sur le crâne.	Sur la dure-mère.
Circonférence occipito-frontale	52	41
Courbe sup. occipito-frontale.	29	24
— inter-auriculaire.	30	24
Poids de l'encéphale.	1,100	grammes
» du cerveau	1,010	»
» du cervelet	90	»

Aucune lésion macroscopique.

Thorax. — Adhérences pleurales droites ; engouement pulmonaire du sommet droit; hépatisation rouge du poumon gauche.

Le péricarde contient une assez grande quantité de liquide ; le cœur pèse 400 grammes.

Abdomen. — A l'exception de la rate plus volumineuse qu'à l'état normal, les autres viscères ne présentent rien qui mérite d'être mentionné.

Réflexions. — En résumé, chez Le D... (Thomas-Marie), nous avons constaté un affaiblissement de la voix très prononcé, une maigreur excessive des membres abdominaux et un défaut d'équilibration des mouvements. Or, pour expliquer ces différents troubles de la motilité, l'autopsie nous révèle une atrophie du cervelet. Quant aux centres moteurs de Hitzig, Ferrier, etc., ils ne présentent aucune lésion apparente.

Dans cette observation, il est une particularité qui mérite d'être signalée, nous voulons parler de l'âge avancé des géniteurs. En effet, au moment de la conception, le père et la mère de Le D... se trouvaient à une époque de la vie où les fonctions génitales ont perdu une grande partie de leur puissance.

La vieillesse des parents est-elle le facteur principal de la dégénérescence? Nous ne voulons pas aller jusqu'à l'affirmative.

Observation II.

Sommaire. — *Idiotie congénitale. — Pyromanie. — Paraplégie. — Phlegmon de la cuisse. — Mort. — Autopsie. — Poids du cervelet,* 61 *grammes.*

E... (François) est entré à l'asile de Quimper à l'âge de dix-huit ans. A la date de sa naissance, le père était âgé de vingt-quatre ans, la mère de trente-trois ans.

Il avait eu la variole peu de temps avant sa séquestration, motivée par ses tendances à l'incendie. (Il avait incendié des broussailles qui avoisinaient une maison située à proximité de celle de ses parents ; il avait voulu mettre le feu à son lit sous le prétexte de se réchauffer.) De petite stature ($1^m,50$), d'une constitution des plus chétives, ce jeune idiot se fait remarquer par la petitesse de sa tête et par la maigreur de ses jambes incapables de supporter le poids du tronc. La région pubienne est absolument dégarnie de poils ; mais la verge et les testicules sont assez développés. Il est gâteux et a des habitudes d'onanisme.

Parlant à peine, cet idiot ne peut marcher qu'à l'aide de béquilles et sous la protection d'un aliéné qui l'a pris en affection.

Un phlegmon de la cuisse gauche entraîna la mort.

Autopsie. — *Examen du crâne et du cerveau.* — Les os du crâne sont épais, mais d'une fragilité extraordinaire.

	Sur le crâne.	Sur la dure-mère.
Circonférence occipito-frontale. . .	48	41
Courbe supérieure occipito-frontale.	27	23
Courbe inter-auriculaire.	30	27
Diamètre antéro-postérieur.	14 centimètres.	
— bi-latéral.	11	—
Poids de l'encéphale.	745 grammes.	
— du cerveau	684	—
— du cervelet	61	—

Aucune lésion apparente dans la zone motrice corticale et dans les ganglions du cerveau.

Remarque. — Chez cet idiot microcéphale, la diminution de volume du cerveau et du cervelet coïncidait non pas avec une simple parésie, mais bien avec une

atrophie des muscles des jambes. L'atrophie cérébelleuse étant surtout accusée, on est forcé d'admettre que le cervelet joue un rôle important comme appareil de motricité.

Disons en passant que cette observation ne confirme pas l'opinion de H. Milne-Edwards : « Chez les microcéphales, la petitesse de l'encéphale dépend de l'arrêt de développement des lobes cérébraux beaucoup plus que de la petitesse du cervelet. »

Observation III.

Sommaire. — *Idiotie complète. — Strabisme. — Affaiblissement paralytique des membres inférieurs. — Phtisie pulmonaire; mort. — Autopsie. — Poids du cervelet :* 90 *grammes.*

Le nommé R..., qui a deux frères idiots à l'asile, n'est pas susceptible d'être amélioré par l'éducation. Son vocabulaire très restreint se réduit en quelque sorte au mot « bonjour », qu'il répète à tous moments. Sa démarche est mal assurée par suite d'une atrophie des jambes et des cuisses.

Les parties génitales n'offrent rien d'anormal.

A l'asile, cet idiot ne se fait pas remarquer par de mauvais instincts. Il n'est ni gourmand, ni voleur, ni salace. Il ne gâte pas.

Il mourut de phtisie pulmonaire.

Autopsie. — Nos recherches sur le volume du crâne et le poids du cerveau nous donnèrent les résultats suivants :

Circonférence occipito-frontale . . .	51	centimètres.
Courbe supérieure occipito-frontale .	27	—
Courbe inter-auriculaire	30	—
Poids de l'encéphale	1180	grammes.
— du cerveau.	1090	—
— du cervelet.	90	—

Réflexions. — Ce cas, comme les deux précédents, tend à prouver que la diminution de volume du cervelet

est accompagnée d'une faiblesse musculaire aboutissant à l'impossibilité de la locomotion.

Observation IV.

Sommaire. — *Débilité mentale. — Impulsions au vol. — Excitation génésique. — Asymétrie crânienne. — Athérome artériel. — Poids du cervelet* : 80 *grammes.*

C... (Alain), âgé de quarante-sept ans, marié, père de quatre enfants, mène depuis longtemps une existence vagabonde. Deux fois séquestré dans un asile d'aliénés, cet individu a été souvent aux prises avec la justice. Non seulement il a subi plusieurs condamnations pour vols, mendicité, vagabondage, mais encore il paraît avoir la singulière spécialité des attentats aux mœurs. En 1863, en 1864, en 1881, il est poursuivi pour attentat à la pudeur, sur la personne d'enfants âgées de moins de onze ans, de moins de quinze ans, et pour attentat aux mœurs sur une jeune fille de dix-huit ans. Avant son arrestation pour ce dernier crime, il s'était attaqué à deux autres femmes.

Alain, que les dépositions et les témoignages provoqués par l'enquête nous représentent comme paresseux, menteur, voleur et d'une intempérance génésique extraordinaire, est un homme de taille moyenne et de constitution sèche. La tête, peu volumineuse, présente au niveau du vertex une saillie conique, formée par une convexité exagérée de la portion postéro-supérieure des os pariétaux. Les cheveux sont épais mais mal implantés. Le front bas et étroit est encore asymétrique par suite d'une saillie inégale des bosses frontales, celle du côté gauche étant plus proéminente que celle du côté droit. A l'exception d'une dilatation habituelle des pupilles, les yeux ne présentent rien qui mérite d'être signalé. Les pommettes sont saillantes; le nez, d'une longueur moyenne, est légèrement dévié à droite. La bouche fendue obliquement reste toujours entr'ouverte par suite d'une disposition anormale de la lèvre supérieure. Les oreilles assez bien ourlées sont de grandeur moyenne.

Du côté des organes génitaux, nous ne constatons aucune anomalie. En somme, chez cet individu, les traits sont moins rudes qu'irréguliers, et la physionomie dénote l'insouciance et la douceur. Son langage, mélange de français et de breton, est

presque incompréhensible. L'affaiblissement de la voix mérite également une mention spéciale.

Interrogé au sujet des actes qu'il a commis, il prétend avoir agi sous l'empire d'attaques d'épilepsie ; mais l'observation a démontré que le mal caduc était simulé en temps opportun.

Alain ayant succombé pendant notre séjour à Quimper, nous pûmes pratiquer l'autopsie partielle.

Examen du cerveau. — Commencement d'athérome des artères vertébrales et de l'hexagone de Willis.

Poids de l'encéphale.	1,200	grammes.
— du cerveau	1,120	—
— cervelet.	80	—

Des coupes pratiquées suivant la méthode de Pitres ne font découvrir aucune altération apparente.

Réflexions. — Cette observation, curieuse à plus d'un titre, démontrerait l'inanité de la théorie de Gall, si cette fameuse théorie avait pu résister aux coups réitérés qui lui ont été portés par les physiologistes et les médecins. Comment admettre l'existence d'une corrélation entre le développement du cervelet et le penchant à l'amour physique, alors que chez cet imbécile dont la salacité allait jusqu'à la fureur, le cervelet pesait seulement 80 grammes, c'est-à-dire un peu plus de la moitié du poids normal ?

Contrairement encore au système de Gall, la petitesse de l'organe cérébelleux n'était pas liée à une altération des parties sexuelles, puisque le pénis et les testicules ne laissaient rien à désirer sous le rapport de la conformation et du développement. D'autre part, la fureur génitale de ce faible d'esprit ne saurait être le résultat de l'insuffisance matérielle du cervelet, car nous n'avons pas rencontré cette salacité extraordinaire dans les autres cas d'infériorité cérébelleuse.

Autre particularité : cet individu, qui avait une voix de castrat, — pour nous servir de l'expression courante, — ne présentait pas la moindre anomalie sexuelle.

Enfin, ce cas d'atrophie cérébelleuse, chez un imbécile n'offrant pas de troubles de la locomotion, est digne d'attirer particulièrement notre attention. Ne semble-t-il pas, en effet, venir à l'encontre des précédentes observations dans lesquelles l'exiguïté du cervelet coïncidait avec le défaut d'équilibration et l'affaiblissement musculaire des membres inférieurs ?

II. — Hypertrophie du cervelet.

Observation I.

Sommaire. — *Débilité intellectuelle. — Petitesse de la tête. — Œdème de la glotte; mort. — Autopsie. — Poids du cervelet, 231 grammes.*

L... (Jean-Marie), célibataire, âgé de vingt-trois ans, est décédé à l'asile public d'aliénés de Quimper, après deux séjours de courte durée.

De haute stature (1m,720), d'un tempérament nervoso-sanguin, L... a grandi très rapidement. La tête ne présente pas de malformation proprement dite; mais elle est démesurément petite par rapport au reste du corps. Le front est bas; la physionomie est dépourvue d'expression.

Bien qu'il sache un peu lire et écrire, il s'exprime difficilement en français.

Durant son séjour à l'asile où il a été séquestré, à deux reprises, ce faible d'esprit s'est fait remarquer par un défaut complet d'attention, une mobilité extraordinaire et par une malpropreté continuelle.

La mort, causée par un œdème de la glotte, fut très rapide.

Autopsie. — Examen du cerveau : L'encéphale, qui remplissait très exactement la cavité crânienne, pesait 1,593 grammes et le cervelet 231 grammes.

Aucune lésion macroscopique.

Dans cette observation, nous voyons un encéphale énorme logé dans une cavité crânienne devenue trop étroite, d'où une compression constante, une sorte d'étranglement des centres psycho-moteurs.

OBSERVATION II.

SOMMAIRE. — *Torpeur physique et mentale. — Gâtisme. — Phtisie pulmonaire; mort. — Autopsie. — Poids du cervelet,* 212 *grammes.*

G... (Goulven), célibataire, âgé de vingt-sept ans, est décédé, après un séjour de quatre années, à l'asile d'aliénés de Quimper.

A la suite d'une frayeur — s'il faut en croire les renseignements — ce jeune homme devint insouciant, sombre, taciturne, mélancolique, parlant de se jeter dans un puits. Refusant de s'alimenter et ne voulant plus quitter le lit, il fut placé à l'asile de Quimper.

Au moment de son admission, il était dans un état de stupeur et de grands éclats de rire constituaient ses réponses aux questions qui lui étaient adressées. Il était incapable de s'habiller lui-même.

De taille élevée (1^{m},760), offrant toutes les apparences d'une constitution robuste, il devient progressivement gâteux. La marche et la station debout deviennent impossibles; les téguments pâlissent; les chairs sont molles, comme infiltrées. La tête est fléchie sur la poitrine, le dos courbé, les yeux atones. On est obligé de le gaver pour soutenir ses forces.

Il meurt phtisique. L'examen de l'encéphale nous permet de consigner les données suivantes :

Poids de l'encéphale.	1,500 grammes
— cerveau.	1,288 —
— cervelet.	212 —

La substance encéphalique est ferme et les différentes coupes pratiquées ne décèlent pas de lésion apparente.

Réflexions. — Le principal intérêt de cette observation réside dans l'état de conservation de l'encéphale qui n'avait subi ni déformation ni diminution de volume, bien que l'individu ait vécu quatre ans et demi dans la stupeur avec émaciation progressive.

Dans ce cas, nous voyons le développement exceptionnel de l'organe créateur et équilibrateur des mouve-

ments coïncider avec un défaut d'énergie musculaire et une flaccidité des membres inférieurs. Ce fait prouve que l'axiome « un organe est d'autant plus actif qu'il est plus développé », si souvent contesté et si souvent démontré faux, n'a rien d'absolu et peut être détruit chaque jour, ainsi qu'il en arrive des erreurs de l'opinion.

Observation III

Sommaire. — *Idiotie. — Actes impulsifs contre les personnes. — Poids de l'encéphale,* 1,600 *grammes. — Cervelet,* 200 *grammes.*

P... (Jean-Marie-Hippolyte) est entré, à l'âge de trente ans, à l'asile de Quimper. — Pas d'aliéné dans la famille. — Aucune maladie grave antérieure.

De taille moyenne (1^m,670), d'un tempérament sanguin, robustement constitué, cet homme présente les stigmates caractéristiques de l'insuffisance mentale. La tête est asymétrique; le front fuyant et étroit ; le nez gros ; la bouche grande, les oreilles très développées et très épaisses.

Les organes génitaux offrent un développement normal.

P... qui, dès l'âge de dix ans, s'était fait remarquer par ses mauvais instincts, s'est montré querelleur et brutal durant son séjour à l'asile, où il était occupé aux travaux de terrassement.

Autopsie. — Poids de l'encéphale. . .	1,600	grammes
— cerveau.	1,400	—
— cervelet	200	—

Pas de lésion apparente circonscrite ou diffuse.

Ce cas vient à merveille démontrer que l'existence d'un grand encéphale n'implique pas nécessairement l'existence d'une grande intelligence, et que cette condition organique se rencontre aussi chez des individus dont les vices sont développés à un haut degré. Le malade qui fait l'objet de cette observation, n'était-il pas en effet un idiot dangereux au premier chef, à cause de ses impulsions homicides?

Observation IV

Sommaire. — *Imbécillité. — Malformation du crâne. — Main botte et pied-bot du côté droit. — Mouvements choréiques généralisés. — Hémorragie cérébrale; mort. — Autopsie. — Poids du cervelet,* 205 *grammes.*

J... (Louis), âgé de quarante-neuf ans, célibataire, avait pu, à grand'peine, saisir les principes élémentaires de la profession de menuisier. Il appartenait à cette catégorie d'êtres incomplets n'ayant jamais pu s'élever jusqu'à la raison. A son arrivée à l'asile de Quimper, il était atteint de tremblements choréiques qui le rendaient inapte à tout travail.

Le 17 septembre 1880, il fut emporté par une attaque d'apoplexie foudroyante.

Nécropsie. — Habitude extérieure : constitution sèche. — Asymétrie crânienne. — Main bote et pied-bot (côté droit).

Thorax. — Quelques adhérences pleurales déjà anciennes. Les poumons sont le siège d'une simple hyperémie hypostatique. Le cœur, considérablement augmenté de volume, pèse 660 grammes et revêt la forme globuleuse caractéristique de l'hypertrophie du ventricule gauche dont les parois mesurent 32 millimètres d'épaisseur.

Quant aux viscères abdominaux, ils n'offrent rien qui mérite une mention particulière.

Céphalométrie :

	Sur le crâne.	Sur la dure-mère.
Circonférence occipito-frontale. . .	56	47
Courbe supérieure occipito-frontale.	32	29
Courbe inter-auriculaire.	27	22

L'examen de l'encéphale nous fait constater une turgescence des vaisseaux inégalement dilatés, suivant que l'on considère la moitié droite ou la moitié gauche du cerveau.

Tandis qu'à la surface de l'hémisphère gauche les veines sont à peine injectées, sur l'hémisphère droit, principalement dans ses deux tiers antérieurs, les vaisseaux veineux sont distendus par un liquide sanguin d'un noir foncé. Les plus turgescentes sont les veines correspondant au territoire irrigué par l'artère

sylvienne droite. C'est d'ailleurs cette artère qui, par sa rupture, a fourni le sang fluide ou en caillots épanché dans les ventricules latéraux, le ventricule moyen et le quatrième ventricule. L'irruption dans le quatrième ventricule explique la mort foudroyante de J...

Poids de l'encéphale.	1,510	grammes.
— du cerveau	1,305	—
— du cervelet	205	—

Des coupes pratiquées, suivant la méthode de Pitres, nous démontrent qu'il n'existe aucune lésion apparente dans l'épaisseur des centres encéphaliques.

Diamètre antéro-postérieur	17	centimètres.
— bi-latéral.	14	—

Cette observation présente, — selon nous, — plusieurs particularités intéressantes.

Tout d'abord, malgré l'âge de notre malade parvenu à l'époque de la vie où le cerveau commence à décroître, le poids de l'organe était néanmoins supérieur à la moyenne. Ici encore, il n'existe pas de rapport direct entre l'imbécillité et l'insuffisance de la masse cérébrale.

L'égalité de poids des hémisphères cérébraux, chez cet individu, n'est pas un fait insignifiant, l'infériorité fonctionnelle des membres du côté droit (main bote, pied-bot) nous autorisant, dans l'état actuel de la science, à soupçonner un certain degré d'atrophie de l'hémisphère gauche. Non seulement il n'existait aucune différence de poids, mais encore l'irrigation artérielle des centres moteurs des muscles était assurée du côté gauche comme dans l'hémisphère droit.

Dans ces conditions, il nous est impossible de donner une explication anatomique des mouvements choréiques observés pendant la vie.

Sans doute l'examen histologique des diverses parties

de l'encéphale n'a pas été fait, et c'est là une lacune que nous sommes les premiers à regretter aujourd'hui. Peut-être le microscope eût-il révélé une infériorité qualitative capable d'expliquer l'insuffisance mentale et les désordres somatiques.

Observation V.

Sommaire. — *Hérédité maternelle. — Frère idiot. — Imbécillité. — Amaurose. — Cholérine; mort. — Autopsie. — Poids du cervelet,* 230 *grammes.*

G... (Alain-Marie), célibataire, domestique, a été réformé du service militaire pour idiotie. N'ayant jamais pu apprendre à lire, il perdait une partie de ses gages au jeu, l'autre partie lui servant à satisfaire son penchant pour les liqueurs fortes.

De taille au-dessous de la moyenne (1^m,580), mais suffisamment robuste, cet imbécile gâtait de temps en temps. Sans le moindre motif, il riait aux éclats. Il ne pouvait travailler par suite d'une amaurose, dont les progrès furent si rapides que la cécité complète survint en l'espace de quelques mois.

Il fut emporté, à l'âge de trente-deux ans, par une attaque de choléra sporadique.

Autopsie partielle :

Poids de l'encépale	1,300 grammes.
Poids du cervelet	230 —

Chez cet imbécile, le cervelet offrait un développement considérable, tandis que le cerveau n'atteignait pas le poids moyen. Ce cas confirmerait l'opinion de Lélut qui prétend que chez les idiots le rapport du cervelet au cerveau est sensiblement plus considérable que chez les hommes d'intelligence ordinaire.

Observation VI.

Sommaire. — *Débilité intellectuelle.* — *Mydriase.* — *Autopsie. Poids du cervelet,* 256 *grammes.*

A... (Jean-Jacques), célibataire, âgé de cinquante-sept ans, exerçait la profession de charpentier avant son admission à l'asile d'aliénés de Quimper.

De petite taille ($1^m,55$), d'une constitution chétive, d'un tempérament nerveux, cet individu ne présente pas de malformation céphalique. Il a le front haut, et sa physionomie ne trahit pas la faiblesse intellectuelle que nous avons constatée chez lui. Nous avons noté une dilatation de la pupille droite avec obscurcissement de la vue.

Ce simple d'esprit était sujet à des accès de manie qui avaient nécessité son placement à l'asile, où il mourut après un séjour de vingt ans.

Autopsie partielle :

Poids de l'encéphale........	1,406	grammes.
Poids du cervelet..........	256	—

Observation VII.

Sommaire. — *Torpeur physique et mentale.* — *Attaques épileptiformes déterminées par des lombrics.* — *Poids du cervelet,* 202 *grammes.*

G... (Jean-Baptiste) est entré, à l'âge de vingt-sept ans, à l'asile de Quimper, où il est décédé après seize ans huit mois de séjour.

Ce malade, qui parlait le breton et le français, savait un peu lire, mais ne savait pas écrire. Maigre, bilieux, il était habituellement sombre, taciturne, stupide, mais présentait des périodes d'agitation maniaque. Peu à peu l'agitation disparut; mais l'apathie, l'indifférence firent des progrès considérables; et les moyens employés pour vaincre la torpeur n'eurent aucun succès.

Soudain, il fut pris d'attaques épileptiformes répétées sans interruption qui entraînèrent la mort.

Observation VIII.

Sommaire. — *Débilité mentale. — Stupeur. — Phtisie pulmonaire; mort. — Autopsie. — Tubercules du cervelet. — Poids de l'organe,* 202 *grammes.*

P... (Hervé), cultivateur, est entré, à l'âge de dix-neuf ans, à l'asile d'aliénés de Quimper.

De petite taille (1^{m},560), bien conformé mais peu robuste, cet adolescent ne sait ni lire ni écrire. C'est un insuffisant dépourvu de spontanéité, concentré dans le mutisme et incapable de tout travail.

Après un séjour de quinze mois, il mourut de phtisie pulmonaire.

Nécropsie. — Outre les lésions habituelles de la tuberculose pulmonaire, l'autopsie révéla la présence de deux amas de granulations jaunes dans le cervelet qui offrait un développement exagéré.

Poids de l'encéphale	1,430	grammes.
Poids du cervelet	202	—

Réflexions. — Cette observation s'ajoute aux précédentes, pour montrer que la parésie musculaire coïncide fréquemment avec l'hypertrophie du cervelet.

Dans le cas actuel, on objectera peut-être que les tubercules du cervelet peuvent expliquer le défaut d'énergie musculaire; mais alors, nous renverrons aux observations, résumées antérieurement, dans lesquelles la masse cérébelleuse offrait un développement considérable sans la moindre lésion macroscopique.

Conclusions.

I. — L'influence génitale du cervelet, que la physiologie n'a pas encore permis de méconnaître, fait totalement défaut dans les observations d'atrophie et d'hypertrophie que nous venons de publier. Dans un seul cas,

nous avons noté une exaltation de la sphère génitale ; et chez cet individu le cervelet pesait seulement 80 grammes.

Nos recherches nous autorisent donc à rejeter complètement la théorie de Gall.

II. — Des faits cliniques et anatomo-pathologiques recueillis par nous, nous pouvons déduire que le cervelet peut créer et équilibrer les mouvements. En dehors de ce rôle, qui doit être admis par les hommes de science sans parti pris, tout est vague et incapable de supporter les critiques du médecin physiologiste.

III. — L'augmentation du volume du cervelet n'est pas toujours et nécessairement une garantie pour l'équilibration des mouvements, puisque — dans nos observations — l'hypertrophie et l'atrophie entraînent, l'une comme l'autre, une insuffisance locomotrice.

IV. — Pour terminer, nous rappellerons, à propos du cervelet, ce qu'a dit M. Topinard en parlant du cerveau : « Bien organisé, cet organe doit peu s'écarter d'une bonne moyenne. »

DE LA FRÉQUENCE RELATIVE

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE

CHEZ LES LAÏQUES ET CHEZ LES RELIGIEUX

Par le Dr J.-B. BOUCHAUD

La paralysie générale est une des maladies les plus graves dont l'homme puisse être atteint ; son pronostic est on ne peut plus sombre et, bien qu'elle soit très commune, il est généralement admis qu'elle ne cesse d'augmenter de fréquence.

Elle a été l'objet d'un très grand nombre de travaux ; on a une connaissance assez approfondie de ses symptômes, de sa marche, de son anatomie pathologique ; mais on ne sait rien de précis sur son étiologie, et un traitement efficace est encore à trouver. Il est reconnu, en effet, que si les moyens thérapeutiques dont on dispose peuvent atténuer certains symptômes, il est bien rare qu'ils puissent arrêter la marche progressive des lésions anatomiques ; presque toujours, elle suit son cours d'une manière fatale et aboutit à une terminaison funeste.

Dans l'impossibilité où l'on est d'agir sur la maladie

quand elle est déclarée, on doit se demander si, comme cela existe pour certaines affections, sur lesquelles la thérapeutique est impuissante, mais dont on connaît l'origine, il ne serait pas possible d'en prévenir le développement et si, pour atteindre ce résultat, tous les efforts des aliénistes ne devraient pas avoir pour but de découvrir ses causes et sa pathogénie.

Ces questions, qu'il serait si important d'élucider, sont actuellement entourées d'une profonde obscurité et offrent à l'étude de grandes difficultés. « L'étiologie de la paralysie générale, disent Christian et Ritti, est, malgré les documents accumulés, le chapitre le plus obscur de son histoire (1). »

Nous ne pouvons avoir la prétention de résoudre un problème aussi difficile et aussi complexe, mais nous espérons, en démontrant que la paralysie générale est peu commune dans certaines conditions, pouvoir contribuer à en amener la solution. Il est évident que si, au lieu de relever, comme cela se fait habituellement, les circonstances qui favorisent le développement de cette maladie, nous arrivons à établir que dans certaines classes de la société elle se montre exceptionnellement, le champ de l'observation se trouvera circonscrit dans d'étroites limites et que, pour découvrir ce qui lui donne naissance, il suffira d'interroger un petit nombre de faits et de rechercher dans chacun d'eux ce qui en fait une exception à la règle.

C'est à l'asile de Lommelet, tenu par les Frères de Saint-Jean-de-Dieu, que nous avons puisé nos observations.

Dans cet asile, où l'on reçoit un nombre relativement assez élevé d'ecclésiastiques et de religieux, nous avons

---

(1) *Dict. encyclop.*, art. *Paralysie générale.*

pu constater que dans cette catégorie de malades, que nous désignerons désormais pour plus de simplicité sous le titre unique de religieux, il existe très peu de paralysés généraux.

Pour avoir une idée exacte de la proportion de ceux qui sont atteints de paralysie générale, nous aurions désiré pouvoir relever le nombre d'aliénés que l'on trouve sur un ensemble donné de religieux, et dans ce nombre, combien de paralytiques; puis comparer ces chiffres avec ceux qui nous sont fournis par les laïques.

N'ayant pas à notre disposition les éléments voulus pour établir cette statistique, nous nous sommes contentés, et en cela nous croyons nous être suffisamment approché de la vérité, de voir combien on trouve de paralytiques parmi les religieux admis comme aliénés dans un asile, en un espace de temps déterminé, et de comparer ces résultats avec ceux que l'on obtient dans les mêmes conditions chez les laïques.

Il est à remarquer que, dans les asiles d'aliénés, il existe certaines formes d'aliénation mentale que l'on ne retrouve pas chez les religieux, que ceux-ci ne sont ni idiots, ni épileptiques, et, par suite, qu'il y a à tenir compte de cette particularité.

Cela admis, nous ne considérerons que deux groupes d'aliénés parmi les religieux et parmi les laïques, le premier comprenant les paralysés généraux et le second les autres aliénés ordinaires, c'est-à-dire ceux qui sont atteints de manie, de lypémanie, de démence, d'alcoolisme, etc., à l'exclusion, nous le répétons, des idiots et des épileptiques.

En relevant ainsi pour chaque année, sur les registres de l'asile de Lommelet, les diverses maladies mentales dont étaient atteints les aliénés admis pendant une période de vingt ans, nous avons dressé le tableau suivant :

TABLEAU I. — *Asile de Lommelet.*

			LAÏQUES		RELIGIEUX		
Années	Epileptiques	Imbéciles et idiots	Aliénés ordinaires	Paralysie générale	Aliénés ordinaires	Paralysie générale	Total des admissions
1888	10	5	110	35	9	»	169
1887	7	9	103	29	8	»	156
1886	17	13	85	27	11	»	153
1885	11	13	82	39	12	1	158
1884	10	13	83	22	9	»	137
1883	12	11	70	21	10	»	124
1882	10	10	75	18	7	»	120
1881	10	5	84	19	1	»	119
1880	7	14	86	16	13	»	136
1879	7	11	71	18	9	1	117
1878	14	6	75	18	5	»	118
1877	10	13	82	17	5	»	127
1876	9	9	64	14	9	1	106
1875	7	8	56	23	8	»	102
1874	7	12	68	16	5	»	108
1873	5	14	66	11	4	»	100
1872	5	8	56	10	5	»	84
1871	4	9	57	13	6	»	89
1870	9	8	71	10	5	»	103
1869	7	16	84	15	2	»	124
20	178	207	1.528	391	143	3	2.450

Ainsi, parmi les religieux admis comme aliénés en l'espace de vingt ans, nous en avons trouvé trois seulement dont la maladie ait présenté quelques caractères analogues à ceux de la paralysie générale.

L'autopsie n'ayant pas été faite, le diagnostic n'a pu être établi d'une manière positive ; d'autre part il est impossible, d'après les dossiers de ces malades et les notes qui ont été consignées sur les registres, de se prononcer sur la nature et surtout sur les causes de leur affection.

Dans ces conditions, nous avons cru devoir nous adresser à des personnes que nous avons jugées être le mieux en état de nous renseigner. Les documents qui nous ont été fournis à l'aide d'une simple correspon-

dance écrite, ne manquent pas, comme on va le voir, d'un certain intérêt.

Nous avons ainsi appris la guérison d'un malade qui, au moment de son admission, présentait très nets les principaux caractères de la paralysie générale, comme le prouve un certificat très détaillé, délivré par un aliéniste des plus distingués, et qui était simplement en voie d'amélioration à l'époque où il sortit de l'asile. Voici le fait.

B..., prêtre de la Société de Marie, âgé de cinquante et un ans, est admis à l'asile le 29 juin 1880. Son certificat est ainsi conçu : « Je soussigné, membre de l'Académie de médecine, médecin de la Salpêtrière, certifie que B... est atteint d'excitation cérébrale, caractérisée par des tendances incessantes à aller et venir, une loquacité incessante, de la céphalalgie avec insomnies prolongées et de l'inégalité des pupilles, et comme troubles psychiques, par une tendance à vouloir faire des entreprises de toutes sortes, à parler, à écrire, à faire des sermons et conférences, etc. Il se sent plus grand, plus alerte que d'habitude, il se sent une facilité extraordinaire de parler en public; son éloquence, dit-il, déborde comme d'un réservoir trop plein, il veut se faire nommer à une série de fonctions nouvelles qu'il se croit apte à remplir simultanément, etc. Bref, il présente les symptômes caractéristiques du délire de satisfaction qui accompagne si souvent les phases du début de la paralysie générale progressive. En conséquence, etc. — Signé : J. Luys. » Son état s'étant amélioré, il sort le 29 sept. 1880.

Renseignements (obtenus par lettre). — B... vit encore et son état mental est bon ; il paraît avoir seulement, à la suite de travaux et de préoccupations plus qu'ordinaires, une certaine surexcitation. Sa maladie nous a paru venir d'un excès de travail intellectuel et de contention d'esprit. (Signé : X...)

Ce malade n'ayant pas eu une paralysie générale vraie, puisque la guérison a été complète et s'est maintenue, il a été placé dans la catégorie des aliénés ordinaires.

Un autre religieux a présenté également, malgré un âge avancé, des signes assez tranchés de la paralysie

générale, et les renseignements qui nous ont été communiqués, dans ce cas, ont confirmé le diagnostic.

Obs. I. — D... (Louis), prêtre, âgé de soixante-trois ans, ancien professeur, entré le 2 février 1885, présentant les troubles suivants : grande agitation, parole lente, hésitante, intelligence obtuse, quelques idées de grandeur, pupilles inégales ; il garde le lit, devient gâteux, s'affaiblit graduellement et meurt le 6 mars 1885.

Renseignements. — D... fut un professeur très bien doué, âpre à l'étude. Vers l'âge de quarante ans, il devint sujet à des distractions étonnantes ; déjà il avait abandonné le professorat pour le ministère paroissial, mais il n'y eut pas d'amélioration ; au contraire, à cet état vint se joindre une affection désignée sous le nom d'ataxie locomotrice : marche pénible, tendance à tomber à la renverse. — En 1876, les facultés intellectuelles n'avaient rien perdu de leur activité, tout ce qu'il avait su, il le savait encore, mais il ne pouvait plus s'exprimer clairement. En 1880, ses conversations n'étaient guère que des redites continuelles. Les mouvements devinrent saccadés, les jambes n'obéissent plus et il devient irascible. Enfin, en 1885, accès de folie furieuse. La cause de cette maladie ne saurait être attribuée ni à l'alcoolisme, ni à l'inconduite, peut-être pourrait-on incriminer un travail intellectuel excessif, mais il semble que l'hérédité a joué le plus grand rôle. Il y a eu dans la famille quinze enfants et plusieurs cas absolument semblables. Deux sœurs et deux frères ont été atteints d'ataxie locomotrice et sont morts de la même manière que D... Peut-on songer à une syphilis chez les parents? Rien ne permet de faire cette supposition. (Signé : X...)

Nous n'avons pas à insister ici sur ce que cette observation offre de particulier. Ce malade paraît avoir eu une paralysie générale secondaire, consécutive à une myélite des cordons postérieurs, ce qui n'est point rare ; mais ce qui est moins commun, c'est de voir l'ataxie locomotrice se développer chez cinq enfants de la même famille et se terminer chez quatre d'entre eux de la même manière, par des troubles cérébraux.

Chez les deux autres religieux atteints d'aliénation

mentale, le diagnostic resté incertain est devenu plus que douteux après les renseignements qui nous ont été donnés.

Obs. II. — L'un d'eux, V... (Charles), curé, âgé de quarante-neuf ans, entré le 6 septembre 1879, était atteint de démence avec léger embarras de la parole, tremblement général, diminution des forces, sans paralysie, et d'un catarrhe pulmonaire avec dyspnée intense. Il succombe, après avoir présenté quelques crises convulsives, le 15 septembre 1879, quelques jours après son entrée.

Renseignements. — V..., ancien professeur de rhétorique, avait la réputation d'un beau parleur, d'un homme d'esprit et éloquent. Il ne reconnaissait pas de supérieur et avait toutes les folies de la grandeur. On ne lui trouvait aucune vertu ecclésiastique. Il s'est livré à des excès, alcooliques surtout... Ses déceptions ont été la cause de sa maladie mentale.

Obs. III. — L'autre, L... (Narcisse), âgé de soixante-trois ans, entré le 6 juin 1876 et décédé le 12 mars 1878, était atteint de démence avec quelques idées de grandeur, du tremblement, de l'excitation. Les troubles de la parole étaient peu marqués. Devenu gâteux, il mourut dans le marasme.

Renseignements. — L..., prêtre, très intelligent; à la suite de certaines difficultés, sa santé fut ébranlée et il dut accepter un poste inférieur à celui qu'il occupait. Il prit part alors aux luttes politiques et son cerveau commença à se détraquer. Il se mit à absorber de l'alcool. Il tenait alors un langage ordurier... (Signé : X...)

Ces deux derniers malades nous paraissent avoir été atteints plutôt de pseudo-paralysie générale alcoolique que de paralysie générale vraie.

Nous les maintiendrons cependant au nombre des paralysés généraux, afin de donner plus de force aux conclusions qui résultent de notre travail.

Nous trouvons donc au plus trois paralysés parmi les religieux atteints de folie.

Si nous comparons le chiffre des paralysés à celui des aliénés ordinaires, nous obtenons les rapports suivants :

Chez les religieux........	3 à 143, soit 1 à 47,7
Chez les laïques..........	391 à 1,528, soit 1 à 3,9

et si nous cherchons quelle est la proportion des paralysés généraux sur 100 aliénés, nous trouvons :

Chez les religieux..........	2,4 p. 100
Chez les laïques...........	20,4 p. 100

Ainsi, chez les laïques, il existe une paralysie pour 3,9 aliénés ordinaires, tandis que chez les religieux il n'en existe que 1 pour 35,5.

La proportion de 1 à 3,9 est à peu près celle que l'on rencontre habituellement dans les asiles ; il s'ensuit que la différence considérable qui existe entre nos deux groupes de malades résulte du petit nombre de paralysés généraux rencontrés chez les religieux. La paralysie générale serait donc une exception chez eux.

Dans la crainte que les chiffres fournis par notre statistique ne fussent, par suite de causes accidentelles, entachés d'erreurs et ne puissent pas être considérés comme l'expression de la réalité, nous nous sommes adressé à des confrères pour leur demander si leurs observations concordaient avec les nôtres, et leur réponse est venue confirmer nos prévisions.

M. Barbé-Guillard, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Léhon, près Dinan, tenu, comme celui de Lommelet, par les frères de Saint-Jean-de-Dieu, et M. Ed. Carrier, médecin en chef d'un asile semblable situé à Lyon, ont eu la bonté de nous fournir chacun une statistique conforme au modèle que nous leur avions adressé ; qu'ils veuillent bien agréer ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour l'empressement qu'ils ont mis à nous faire parvenir les renseignements demandés.

Voici la statistique de M. Barbé :

Tableau II. — *Asile de Léhon.*

Années	Epileptiques	Imbéciles et idiots	LAÏQUES Aliénés ordinaires	LAÏQUES Paralysie générale	RELIGIEUX Aliénés ordinaires	RELIGIEUX Paralysie générale	Total des admissions
1876	10	9	74	7	3	1	104
1877	9	9	69	6	1	»	94
1878	8	13	93	9	6	»	129
1879	5	9	79	8	6	»	107
1880	8	8	95	8	5	»	124
1881	9	7	103	6	4	»	129
1882	7	8	75	6	7	»	103
1883	6	13	106	11	4	1	141
1884	12	15	131	12	5	1	176
1885	5	10	100	7	1	»	123
1886	6	12	96	6	8	»	128
1887	6	8	99	4	5	»	122
1888	8	12	126	4	10	»	160
1889	8	14	83	8	4	»	117
14	107	147	1.329	102	69	3	1.757

Il résulte de ce tableau que, à Dinan, le rapport du nombre des paralysés à celui des aliénés ordinaires est :

Chez les religieux......... de 3 à 69, soit 1 à 23
Chez les laïques.......... de 102 à 1,329, soit 1 à 13

La proportion de 1 à 23 relevée chez les religieux démontre nettement que, chez eux, la paralysie générale est rare. Mais si on la compare à la proportion trouvée chez les laïques, on voit que la différence entre les deux est bien moindre que celle que nous avons signalée à Lommelet.

La raison de ce fait est facile à donner.

Les religieux reçus à l'asile de Léhon viennent de divers pays et n'appartiennent pas exclusivement à la région : ils sont par conséquent soumis à la loi qui s'applique aux religieux en général. Mais il en est autrement des aliénés laïques. On compte parmi eux peu de pensionnaires (170) et beaucoup d'indigents (390) qui tous sont du département des Côtes-du-Nord. Il est admissible que ce département, dont les habitants

s'adonnent à l'agriculture, soit peu favorable au développement de la paralysie générale. La proportion de 1 à 13 est effectivement un chiffre absolument exceptionnel.

La statistique suivante, que M. le D^r Ed. Carrier a bien voulu nous fournir, est beaucoup plus favorable que la précédente à la thèse que nous cherchons à établir.

Tableau III. — *Asile de Lyon.*

			LAÏQUES		RELIGIEUX		
Années	Epileptiques	Imbéciles et idiots	Aliénés ordinaires	Paralysie générale	Aliénés ordinaires	Paralysie générale	Total des admissions
1876	13	3	99	24	6	»	145
1877	7	6	103	42	11	»	169
1878	4	3	96	36	6	»	145
1879	11	6	66	34	7	»	124
1880	13	2	83	28	7	»	133
1881	3	8	80	45	5	»	141
1882	4	12	86	24	2	»	128
1883	3	15	82	24	7	»	131
1884	5	4	96	31	7	1	144
1885	9	6	80	37	4	»	136
1886	4	7	89	38	4	»	142
1887	11	5	99	26	2	»	143
1888	10	4	81	25	3	»	123
1889	6	6	77	37	1	»	127
14	103	87	1.217	451	72	1	1.931

Dans cette statistique, la proportion du nombre des paralysés généraux à celui des aliénés ordinaires est :

Chez les religieux.. de 1 à 72
Chez les laïques.... de 451 à 1,217, soit 1 à 2,7

Et la proportion des paralysés généraux, sur 100 aliénés, est :

Chez les religieux...... de 1,38 p. 100
Chez les laïques........ de 27,04 p. 100

La différence considérable qui existe entre les deux catégories de malades aurait de quoi surprendre, si M. Carrier ne nous avait affirmé l'exactitude de ses données.

On remarquera que la paralysie générale est beaucoup plus fréquente à l'asile de Lyon qu'à celui de Lommelet et surtout qu'à celui de Léhon. Cela tient à ce que, à Lyon, on reçoit les indigents du département de la Loire et que parmi eux se trouvent un grand nombre d'ouvriers, mineurs ou autres, et peu d'habitants des campagnes.

La proportion de 1 à 2,7 s'éloigne peu du reste de celle que l'on trouve dans certains asiles. Ainsi, pour prendre un exemple dans les statistiques de l'asile d'Armentières, nous relevons pour :

	1887	1888	
Folie simple	125	121	= 246
— épileptique	21	10	= 31
— paralytique	48	64	= 112
Démence sénile et organique	7	18	= 25
Imbécillité et idiotie	11	14	= 25
Total des admissions	212	227	= 439

Si de ce tableau nous éliminons comme précédemment les épileptiques et les idiots, et si nous comparons le nombre des paralysés généraux à celui des autres aliénés, nous trouvons le rapport de :

112 à 246 + 25, soit 1 à 2,4

La proportion de 1 à 2,4 et la proportion 29,2 p. 100 est un peu supérieure à celle de 1 à 2,7 trouvée à Lyon.

En réunissant les résultats de nos trois statistiques, établies dans les trois asiles différents, nous obtenons, en ce qui concerne les religieux :

	Paralysie générale	Folie simple
A Lommelet	3	143
A Léhon	3	69
A Lyon	1	72
	7	284

Soit le rapport....... de 7 à 284, ou 1 à 40,5
Et la proportion..... de 2,4 p. 100

Ces chiffres diffèrent notablement de ceux que donne la statistique générale des aliénés en France. Dans le

rapport des inspecteurs généraux, on trouve, pour l'année 1874 (1).

Aliénés	3,803
Alcooliques	1,218
Paralysie générale	1,377
Imbécillité et idiotie	494
	6,892

Si, dans ce tableau, nous négligeons le nombre des imbéciles et des idiots, et si nous comparons celui des paralysés, soit 1,377, à celui des autres aliénés, soit 5,022, nous trouvons la proportion de 1 à 3,6.

Cette proportion serait un peu différente et plus favorable à notre thèse, s'il avait été tenu compte des épileptiques, qui ne figurent pas dans le tableau.

En somme, la conclusion à tirer de ce qui précède, c'est que la paralysie générale, très commune chez les laïques, est une exception chez les religieux.

Cette sorte d'immunité dont jouissent ces derniers n'a pas été indiquée par les aliénistes, mais elle ressort des études qui ont été faites sur l'étiologie de la paralysie générale. On remarque, en effet, quand on parcourt ce qui a été écrit à ce sujet, et en particulier sur l'influence des professions, qu'il n'est pas fait mention de l'état religieux. Ainsi dans une statistique de Christian (2), qui comprend 340 paralysés généraux admis dans les asiles de Maréville et de Charenton, on ne voit figurer aucun religieux. Il est probable cependant que, dans ces asiles, se trouvaient un certain nombre d'ecclésiastiques atteints d'aliénation mentale.

La rareté de la paralysie générale dans certaines classes de la société est une preuve manifeste que la

(1) *Rapport général sur le service des aliénés en 1874*, par MM. les inspecteurs généraux, p. 552.

(2) Christian. Sur l'étiologie de la paralysie générale. (*Arch. de Neur.*, 1887, n° 41.)

nature de cette maladie et celle des autres formes de folie sont essentiellement distinctes.

On sait que celles-ci demandent pour se développer un terrain spécial et que, le plus souvent, on constate l'existence d'une prédisposition héréditaire comme cause prédominante.

Les religieux ne sont pas indemnes de cette prédisposition morbide, aussi observe-t-on assez souvent chez eux, comme chez les laïques, des cas d'aliénation mentale simple. Il s'ensuit que s'ils sont rarement atteints de paralysie générale, cela tient à ce que cette maladie résulte de causes particulières et que l'influence héréditaire joue un faible rôle.

Ces causes spéciales, déterminantes, si importantes et si peu connues, ne paraissent pouvoir être attribuées qu'au genre de vie; la vie religieuse diffère en effet notablement et à plusieurs points de vue de la vie commune.

Il doit suffire par conséquent pour les découvrir de rechercher, chez les religieux atteints de paralysie générale, si leur manière de vivre ne s'est pas écartée de celle qui leur est habituelle. Mais cette recherche, qui paraît si simple, n'est pas sans offrir de grandes difficultés, à cause des obstacles que l'on rencontre à se procurer des renseignements précis et positifs sur les antécédents des malades. C'est ainsi que les documents que nous possédons sur les paralysés signalés dans notre statistique, dont l'histoire complète serait d'une si grande utilité, laissent à désirer sur plusieurs points importants.

A ces faits nous pouvons ajouter le suivant, qui est également fort instructif. Il s'agit d'un religieux, X..., auquel nous avons donné des soins pendant plusieurs mois et qui a présenté les symptômes ordinaires de la paralysie générale. Il avait pris l'habit religieux à l'âge

de quarante-six ans et il est mort à cinquante-six ans. Quel a été au juste le passé de ce religieux? Nous l'ignorons, nous savons seulement qu'il avait mené une existence peu ascétique et qu'il avait dissipé une bonne partie de sa fortune. Ce malade, évidemment, s'il était entré dans un asile, n'aurait pu être compté au nombre des religieux; mais en l'absence de renseignements suffisants, l'erreur ne pouvait manquer d'être commise.

En attendant de nouvelles observations prises avec soin, plus nombreuses et capables de nous éclairer, nous croyons qu'on peut arriver, en s'appuyant sur des considérations générales, à émettre quelques propositions importantes sur les conditions qui favorisent le développement de la paralysie générale.

Jetons à cet effet un coup d'œil sur les causes auxquelles on attribue cette affection et voyons si on les retrouve avec le même degré de fréquence dans la manière de vivre des religieux et dans celle des laïques. Mais en comparant ainsi les conditions d'existence des uns et des autres, nous ne devons insister que sur ce qui a rapport à notre sujet.

Ce que l'on sait de l'étiologie de la paralysie générale, est, avons-nous dit, très vague et incertain; il suffit, pour se convaincre qu'il en est ainsi, de parcourir ce qui a été écrit à ce sujet.

Ainsi il est reconnu que la maladie est très rare dans les pays sauvages, très fréquente au contraire dans ceux où la civilisation est avancée, et cependant, sans qu'on puisse en donner la raison, elle est peu commune dans certains pays de l'Europe : en Irlande, en Écosse, en Suède, etc.

L'influence des professions est également discutable : — « La question des professions, disent Christian et Ritti, nous paraît extrêmement complexe et nous ne croyons pas qu'on puisse actuellement dire qu'il en

existe une qui prédispose spécialement à la paralysie générale. On a prétendu que cette maladie frappe de préférence les militaires, les douaniers, les gendarmes, et l'on s'est demandé si cette prédisposition tenait aux fatigues inhérentes à la profession, ou aux excès de toute sorte dont elle donne si facilement l'occasion. Doutrebente, dans sa thèse (Paris, 1870), a fait à ce sujet une remarque assez judicieuse : Si l'on considère la paralysie générale comme très fréquente chez les militaires, cela tient, suivant lui, à ce qu'elle a été surtout observée et décrite à la maison de Charenton, où ceux-ci forment une grande partie de la population. »

Cependant, Léon Colin suppose que la paralysie générale est très commune chez les officiers : « Chargé, dit-il, depuis de longues années, d'un service dans lequel passe un grand nombre de malades atteints d'aliénation, j'ai pu, d'après mes observations, établir que la paralysie générale représentait au moins les trois quarts des cas d'aliénation chez les officiers. » Mais l'auteur ne fournit aucune statistique, et plus loin il ajoute : « Cette différence tient peut-être à ce que, au début de la paralysie générale, nombre d'officiers, en garnison en province, sollicitent des congés pour venir exposer à Paris leurs inventions, leurs découvertes, et grossissent ainsi le nombre des cas observés au Val-de-Grâce. »

Si on ne s'entend pas au sujet de telle ou telle profession en particulier, on s'accorde néanmoins à reconnaître que les professions libérales, que l'élite de la société fournissent à la paralysie générale son plus fort contingent, qu'elle est surtout fréquente chez les savants, les avocats, les médecins, les hommes politiques ou d'affaires, etc. Toutes les statistiques prouvent que cette opinion est fondée et cependant les religieux, bien qu'ils appartiennent à la classe élevée de la société, sont très rarement atteints de paralysie générale. Les

professions libérales ne sont donc pas par elles-mêmes une cause déterminante de cette affection ; c'est ailleurs qu'il faut chercher la cause réelle.

On a encore accusé comme susceptibles de donner naissance à la paralysie générale, les travaux intellectuels excessifs, le surmenage, les peines morales, etc.; assurément la vie religieuse est généralement calme et met, dans de certaines limites, à l'abri de tout ce qui peut surexciter les centres nerveux. Cependant ce ne sont pas les laïques seuls qui se livrent à l'étude avec excès, et les peines morales, les émotions, les fatigues physiques ne font pas défaut chez certains missionnaires. Du reste, cette étiologie n'est pas toujours indiquée dans les antécédents des paralysés généraux laïques.

Chez un de nos malades, il est vrai, le nommé B..., dont il a été question plus haut, nous avons constaté l'influence de ces causes. Nous avons vu qu'il avait présenté les signes de la paralysie générale au début, et que cet état morbide devait être attribué à un excès de travail intellectuel, à une trop grande contention d'esprit. Mais la guérison étant survenue, on peut se demander si les excès de ce genre n'ont pas besoin d'être accompagnés d'excès d'une autre espèce pour produire une vraie paralysie générale.

Quoi qu'il en soit, il existe d'autres causes qui paraissent avoir une action beaucoup plus marquée; tels sont par exemple les excès vénériens. A ce sujet, le professeur Ball s'exprime ainsi (1) : « De toutes les fatigues, de tous les abus, ce sont incontestablement les excès vénériens qui favorisent le plus le développement de cette maladie. » D'après Foville : « Les abus sexuels, solitaires ou non, sont une des causes les plus actives

(1) *Leçons sur les maladies mentales.*

d'épuisement du système nerveux; aussi leur influence figure-t-elle bien souvent dans l'étiologie de la paralysie générale (1). »

Cette opinion, qui est celle de la grande majorité des aliénistes, se trouve confirmée par nos statistiques, puisque la paralysie générale est extrêmement rare chez ceux qui pratiquent la continence. On ne peut nier, en effet, que chez les religieux les excès vénériens ne soient infiniment moins nombreux que chez les laïques.

La meilleure preuve qu'on puisse donner à l'appui de cette manière de voir, c'est que la paralysie générale est commune chez les prostituées. Ainsi Cullerre a trouvé dans son service, sur trente-neuf femmes paralytiques, dix-huit prostituées (2)... En présence de ces chiffres, bien que la vie des prostituées soit irrégulière à d'autres points de vue, on ne peut s'empêcher d'admettre l'influence des excès sexuels.

Néanmoins, on ne saurait attribuer uniquement à ces excès la différence qui existe entre les religieux et les laïques. On ne les retrouve pas, en effet, dans les antécédents de tous les paralytiques.

Ce que nous venons de dire des excès vénériens s'applique à la syphilis. Il est généralement reconnu que cette maladie est une des causes de la paralysie générale, mais on est loin de s'entendre sur le degré de son influence.

Ainsi Kjellberg attribue à la syphilis la presque totalité et même la totalité des cas de paralysie générale.

D'après Fournier, au contraire, la syphilis peut produire une pseudo-paralysie générale qui a de l'analogie avec la paralysie générale vraie, mais en diffère par quelques symptômes et surtout par l'anatomie patholo-

(1) A. Foville. *Diction. de méd. et chir.*, art. *Paralysie générale.*
(2) Cullerre. *Traité pratique des maladies mentales*, p. 347.

gique. Si la paralysie générale se développe chez ceux qui ont eu la syphilis, il n'est point prouvé, dit cet auteur, que celle-ci ait une influence sur ce développement.

On peut se faire une idée de la divergence des opinions des aliénistes français sur les relations de la syphilis et de la paralysie générale par le compte rendu du Congrès d'aliénation mentale tenu à Rouen, en 1890. Voici l'exposé des opinions émises. Régis trouve que la syphilis existe chez les paralytiques généraux plus de 85 fois sur 100. — Cullerre admet une proportion de 42 pour 100 environ. A. Voisin, dans un ensemble de 560 observations de paralysie générale, ne compte que 9 cas de syphilis certaine, en ayant soin de ne pas prendre des cas de syphilis cérébrale pour des paralysies générales. Rouillard est de l'avis de Voisin.

Si on remarque que la syphilis est commune chez les prostituées et dans le monde laïque, et exceptionnelle parmi les religieux, on sera amené à conclure que l'opinion qui fait jouer à la syphilis un grand rôle dans la production de la paralysie générale, est celle qui se rapproche le plus de la vérité.

Nous sommes ainsi amené à considérer les excès sexuels et la syphilis comme les deux grandes causes de la paralysie générale, et nous sommes heureux de constater que cette opinion a été soutenue par plusieurs auteurs, en Allemagne surtout.

C'est ainsi que, selon Snell, la pluralité des paralysés généraux qui se sont présentés à son observation, avaient eu antérieurement la syphilis. La rareté de la paralysie générale chez la femme, rapprochée de la bien moindre fréquence chez elle que chez l'homme, ajoute l'auteur, pourrait également servir d'argument en faveur d'une relation entre la syphilis et la démence paralytique. D'autant plus que les prostituées, chez qui l'affection

mentale en question paraît être assez fréquente, constituent le seul élément social féminin souvent infecté (1).

A la Société psychiatrique de Berlin, en 1885, Jastrowitz, parlant des rapports de la syphilis avec la paralysie générale, dit que, selon lui, l'influence de la syphilis constitue évidemment plus qu'un facteur simplement prédisposant. Dans son établissement, 51 pour 100 des paralytiques généraux ont eu bien réellement la syphilis ; il s'agit donc d'un rapport fort intime. Il convient, en outre, de se rappeler que la paralysie générale atteint presque exclusivement les filles publiques. Godiekez fournit, d'après Jaspersen, une proportion de 95 pour 100, mais ce dernier a rangé dans la classe des affections syphilitiques la gonorrhée, ce qui surcharge le rapport.

Plus loin il ajoute : Il est extrêmement probable que, dans le cerveau, de même que dans d'autres organes, il y a des lésions syphilitiques généralisées que nous ne connaissons pas encore (2).

Struempell, pour prouver l'influence de la syphilis sur le développement de la paralysie générale, montre les rapports qui unissent cette maladie à l'ataxie locomotrice progressive. — 61 pour 100 des tabétiques observés par l'auteur avaient eu certainement la syphilis antérieurement. D'autre part, le tabes, exceptionnel chez les femmes des classes élevées, devient fréquent chez celles des classes inférieures ; et quand il existe dans le premier cas, on constate la syphilis à coup sûr ou très probablement. Il en est de même pour la paralysie générale. De plus, ces deux maladies peuvent se transformer l'une dans l'autre ; elles présentent nombre de symptômes communs. Enfin les altérations anatomiques du tabes se

(1) *Allg. Zeitsch f psych.*, t. XXXIX, et *Arch. Neur.*, 1883.
(2) *Arch. Neur.*, t. XI, p. 286, 1886.

rencontrent très habituellement dans la paralysie générale. Ce sont donc les mêmes agents nocifs, dépendant le plus souvent de la syphilis, qui atteignent, en un cas, le système des fibres périphériques et spinales (tabes), en un autre, sinon exclusivement, du moins au début, certains territoires du cerveau (paralysie générale) (1). Nous ne pouvons que souscrire à cette manière de voir. Aux documents qui précèdent, nous ajouterons le suivant qui, à notre point de vue, est des plus intéressants. Mac Dowal, qui a constaté l'existence de la syphilis dans 80 pour 100 de ses paralysies, rapporte le fait que voici : Depuis quatre-vingt-trois ans, à York Retreat, où on traite un nombre considérable de Quakers (gens dont la pureté de vie est proverbiale), on n'a reçu que trois cas de paralysie générale existant chez des « Amis ». Cette remarque est la confirmation de nos idées relativement à l'influence de la vie religieuse.

Comme la syphilis, l'alcoolisme est susceptible de donner naissance soit à une paralysie générale vraie, soit à une pseudo-paralysie générale. Celle-ci diffère de la vraie paralysie générale non pas par les symptômes, mais par la marche, car dès que les excès alcooliques ont cessé, on voit les symptômes s'amender, et par la terminaison qui est très souvent favorable.

Si l'alcoolisme est une des causes de la paralysie générale, on comprend que cette sorte d'intoxication, étant plus rare chez les religieux que chez les laïques, il doit en être ainsi de la paralysie générale.

La discussion à laquelle nous venons de nous livrer nous apprend que, parmi les causes qui paraissent exercer la plus grande influence sur l'apparition de la paralysie générale, celles dont l'action est le moins contestée,

---

(1) *Neur. Cent.*, 1886, et *Arch. Neur.*, t. XIV, p. 410, 1887.

les excès vénériens, la syphilis et l'alcoolisme, se rencontrent fréquemment chez les laïques et exceptionnellement chez les religieux.

Il nous semble que dans ce fait se trouve l'explication des données fournies par nos statistiques, qui démontrent que la paralysie générale est beaucoup plus commune chez les laïques que chez les religieux, et par suite, nous croyons qu'on est autorisé à considérer les trois sortes de causes que nous venons d'indiquer comme les trois facteurs qui contribuent le plus efficacement au développement de la paralysie générale.

En somme, il résulte des statistiques que nous avons produites, que chez les ecclésiastiques et les religieux, la paralysie générale est excessivement rare (2, 4 au lieu de 25 à 30 p. 100), et il ne semble pas que la raison de cette rareté exceptionnelle puisse se trouver ailleurs que dans la manière de vivre qui est particulière à l'état religieux.

Que si les données que nous possédons ne permettent pas d'être plus précis que nous ne l'avons été, il est du moins permis de croire que, en recherchant ce qu'il y a d'anormal dans la vie des religieux qui deviennent paralysés, on parviendra à découvrir les véritables causes et la pathogénie de la paralysie générale; or, cette recherche ne saurait être très laborieuse, puisqu'elle ne s'applique qu'à un petit nombre de cas exceptionnels.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA PARALYSIE GÉNÉRALE

CONSIDÉRÉE CHEZ LES ARABES

Par le Dr MEILHON,

Médecin adjoint de l'asile d'aliénés d'Aix.

La paralysie générale a-t-elle existé de tout temps ou bien est-elle une maladie du XIXe siècle et, comme on l'a dit, un résultat des progrès de la civilisation? Toutes les races sont-elles également susceptibles d'en présenter des exemples, ou bien certaines sont-elles réfractaires à la maladie, qui deviendrait chez elles une rareté pathologique?

Telles sont les questions à la solution desquelles nous essaierons d'apporter quelques données nouvelles, en étudiant la paralysie générale chez les Arabes dans le service de M. le Dr Dauby, directeur-médecin.

Nous avons relevé avec la plus grande exactitude possible les diagnostics des Arabes entrés à l'asile pendant une période de trente ans, c'est-à-dire du 1er janvier 1860 au 31 décembre 1889, nous aidant dans ce travail des renseignements émanant des médecins attachés à l'hôpital de Mustapha, des certificats et des notes mensuelles, et, à l'occasion, des résultats des autopsies. Il

ressort de notre statistique qu'il est entré à l'asile, pendant cette période, 498 Arabes et que, sur ce nombre, 13 seulement, dont 2 femmes, paraissent pouvoir être considérés comme ayant été atteints de paralysie générale, soit une proportion de 2.61 p. 100 sur la totalité des entrées. D'où cette première conclusion, que la paralysie générale est très rare chez les Arabes, ce qui tient peut-être à l'idiosyncrasie de la race, peut-être aussi à leur civilisation basée sur des institutions séculaires, à leur tempérament essentiellement fataliste, à leur existence exempte d'ambition, et à l'observation scrupuleuse d'une religion fatigante, mais dans laquelle on retrouve des préceptes d'hygiène éminemment pratiques, et en particulier la prohibition des boissons alcooliques.

Il faut reconnaître cependant que cette proportion de 2,61 p. 100 ne donne pas une idée exacte de la réalité, car si nous faisons le tableau par année des admissions pour cause de paralysie générale, nous voyons que, du commencement de l'année 1860 à la fin de l'année 1876, c'est-à-dire en dix-sept ans, il rentre à l'asile 245 Arabes, dont pas un seul paralytique général, tandis qu'à partir de l'année 1877, c'est-à-dire dans la période la plus récente, le chiffre des entrées s'élève à 253, parmi lesquels se trouvent compris nos 13 malades. La proportion doit donc être ramenée à 5,13 p. 100. Sur cette nouvelle base, elle est encore excessivement faible et laisse presque intacte notre proposition précédente établissant la rareté de la paralysie générale chez les Arabes.

Il est intéressant de remarquer que, jusqu'en 1877, pas une admission n'a été faite pour cause de paralysie générale, à tel point qu'on peut se demander si jusqu'à cette date, la race arabe ne jouissait pas d'une immunité absolue pour cette affection ; il n'est pas admissible, en effet, qu'en présence de symptômes si caractéristiques, le diagnostic n'ait pas été porté, à l'époque précisément

où Baillarger commençait à publier ses admirables travaux sur la démence paralytique et à battre en brèche la théorie unitaire de Bayle et de ses partisans.

Ces résultats demanderaient à être interprétés ; il serait en effet très intéressant de rechercher quel est le facteur étiologique assez puissant pour avoir provoqué chez nos Arabes une maladie à laquelle ils semblent avoir échappé jusqu'en 1877. Mais ce serait nous engager dans une discussion difficile que nos maîtres eux-mêmes n'abordent qu'avec la plus grande réserve ; les idées émises sur cette question sont du reste trop contradictoires pour que nous osions entrer dans le débat ; M. Paul Garnier incrimine l'alcoolisme ; pour notre excellent maître, M. Régis, tout paralytique général serait syphilitique ; M. Christian récuse absolument cette diathèse.

Dans ces conditions, il serait peut-être téméraire de notre part d'émettre une opinion, et nous nous contenterons d'exposer les faits aussi complètement que possible, laissant à d'autres plus autorisés le soin de formuler des conclusions.

TABLEAU comparatif des admissions pour cause de paralysie générale et d'alcoolisme. (De 1860 à 1877, aucun paralytique général et seulement 4 alcooliques).

	1877	1878	1879	1880	1881	1882	1883	1884	1885	1886	1887	1888	1889	Total.
Paralysie générale.	1	»	»	1	1	2	3	»	1	2	1	»	1	13
Alcoolisme	1	1	2	3	2	»	1	2	5	4	5	6	3	35
TOTAUX par année.	2	1	2	4	3	2	4	2	6	6	6	6	4	48

Le tableau ci-dessus nous montre la progression comparative de la paralysie générale et de l'alcoolisme; dans la période antérieure à l'année 1877 et que nous appellerions volontiers l'âge d'or de nos Arabes, il n'entre que 4 alcooliques sur 245 malades (un dans chacune des années 1863, 1865, 1866 et 1868) et aucun paralytique général; tandis qu'à partir de l'année 1877, nous voyons la démence paralytique faire son apparition et coïncider avec une progression croissante dans les cas d'alcoolisme.

D'autre part, sur ces 13 paralytiques généraux, cinq fois la cause de la maladie nous échappe, deux fois l'hérédité est signalée sans en spécifier la nature, et six fois nous retrouvons des antécédents alcooliques, c'est-à-dire que, sur les huit malades chez lesquels il a été possible de recueillir des renseignements, six s'adonnaient aux excès de boisson.

Ce n'est pas à dire cependant que l'alcoolisme nous donne la raison dernière de la genèse de cette encéphalopathie chez nos Arabes.

On peut voir à Alger, à Constantine et dans les grands centres de l'Algérie, des Arabes installés du matin au soir dans les cafés, mangeant des fruits, fumant du kif et buvant de l'absinthe; nous parlons des Arabes des villes, car ceux des tribus, de même que les Kabyles en général, sont d'une extrême sobriété; or, parmi ces indigènes intoxiqués, un petit nombre seulement, notre statistique le démontre, tombe dans la paralysie générale.

Quel est donc l'élément qui produit cette sélection? Nous allons le trouver dans le relevé des professions de nos malades; éliminons d'abord les deux femmes sur lesquelles nous n'avons pas de renseignements; il nous reste onze paralytiques hommes dont les professions se répartissent ainsi : un ancien militaire, un cafetier, un

interprète à la commission d'enquête, un lieutenant de tirailleurs algériens, un employé au génie militaire, un étudiant, un portefaix héréditaire, trois journaliers dont un héréditaire et une profession inconnue, c'est-à-dire que sur dix professions connues, six, on pourrait dire sept, s'appliquent à des malades chez lesquels elles supposent un certain degré de développement intellectuel; elles indiquent suffisamment qu'ils avaient rompu avec l'existence amollie des Arabes pour se mêler à la vie cérébrale des Européens, adoptant leurs mœurs, leurs habitudes, leurs excès; jetés au milieu des difficultés matérielles résultant des progrès de notre civilisation, ils ont subi le contre-coup des fatigues cérébrales nées de la lutte de plus en plus pénible pour l'existence, et ont préparé de toutes pièces un terrain pathologique favorable au développement de la paralysie générale.

L'alcoolisme n'a peut-être pas été étranger à l'éclosion de la maladie; mais il ne saurait avoir joué qu'un rôle tout à fait secondaire, si nous en jugeons par le nombre assez considérable d'Arabes intoxiqués, actuellement présents à l'asile et dont aucun n'offre les symptômes de la paralysie générale.

La forme maniaque est la plus fréquente; alors que chez nous le paralytique général est si débonnaire, on peut voir au contraire que l'Arabe se livre parfois à des violences graves sur son entourage; forme maniaque, tendances agressives, ce sont là du reste les deux grands caractères généraux de la folie des Arabes, chez lesquels nous retrouvons, comme dans toute race peu civilisée, les formes élémentaires d'aliénation presque disparues de nos asiles.

Mentionnons enfin la coïncidence de la paralysie générale et de la tuberculose pulmonaire, et nous aurons donné de cette maladie chez les Arabes un aperçu sommaire que nous terminerons par ces conclusions, sans préjuger en rien de la question d'étiologie :

1° La paralysie générale est rare chez les Arabes et elle revêt surtout la forme maniaque.

2° Elle ne paraît pas antérieure à l'année 1877.

3° La qualité de ceux qui en sont atteints est une nouvelle preuve que la paralysie générale est surtout une maladie de la civilisation.

OBSERVATIONS

Nous donnons ci-après par ordre chronologique les observations de nos treize paralytiques généraux, en les accompagnant de tous les renseignements qu'il nous a été donné de recueillir. Peut-être dira-t-on, à la lecture des deux dernières, que d'autres cas de paralysie générale que l'autopsie seule pouvait révéler ont dû se présenter autrefois et passer inaperçus, comme il en serait arrivé de nos deux malades en l'absence de nécropsie. On comprend aisément toutes les difficultés que doit présenter un diagnostic en face d'un aliéné le plus souvent agité et dont le langage est absolument inconnu de l'observateur ; il n'en doit pas moins être très rare de méconnaître la véritable nature de l'affection ; le malade, en effet, a déjà séjourné à l'hôpital civil de Mustapha ; placé d'abord en salle libre, il est l'objet d'un rapport médico-légal qui pose le premier diagnostic et motive son évacuation sur le service des aliénés ; là, il est soumis à un examen prolongé du médecin en chef de ce service, le Dr Battarel, et ce n'est que sur le certificat de notre excellent confrère que le malade est transféré à l'asile d'Aix, de telle sorte qu'il nous arrive accompagné de son diagnostic, que les événements du reste justifient le plus souvent, et des renseignements aussi complets que possible sur ses antécédents et les actes auxquels il s'est livré durant son séjour à l'hôpital. A l'asile, il est interrogé par un interprète, et c'est sur ces données que, dans la quinzaine, est établi le diagnostic. Il semble

qu'avec toutes ces garanties les erreurs doivent être bien rares, et si l'on nous objecte que cependant nos deux derniers cas nous ont échappé, on nous pardonnera l'erreur en songeant que dans le premier l'agitation était telle qu'il était impossible d'aborder le malade et d'obtenir de lui une parole, et que dans le second une congestion est venue l'enlever prématurément à l'examen de notre chef de service.

Du reste, ayant eu un moment la bonne fortune de posséder parmi les surveillants un Arabe intelligent et écrivant correctement le français, nous avons, avec un interprète aussi précieux, relevé naguère les observations des quatre-vingt-trois Arabes présents à cette époque, et quoique notre attention fût déjà attirée de ce côté, nous n'avons trouvé parmi eux aucun paralytique général.

Obs. I. — Had ben B... ben Ch... ex-militaire, né à Mostaganem (Oran) en 1848, célibataire, entré le 31 juillet 1877.

D'après les renseignements adressés par le médecin en chef de l'hôpital Saint-Lazare d'Oran, la maladie est accidentelle, elle présente les caractères de la démence paralytique avec manie des grandeurs, son développement remonte à un an environ et elle serait due à des abus vénériens et alcooliques.

Le certificat de quinzaine constate la paralysie générale progressive et les notes subséquentes, sans relater de nouveau les symptômes paralytiques, signalent des alternatives de calme et d'agitation, l'abolition progressive des facultés intellectuelles et quelques idées vagues de persécution. Le malade mourait en octobre 1881, par suite d'anasarque.

Obs. II. — K... ben Af... domicilié à Alger, trente-trois ans, cafetier, entré à l'asile d'Aix, le 24 février 1880.

La cause de la maladie est inconnue, on sait seulement qu'elle remonte à deux mois environ, qu'il s'adonnait au kif et à l'alcool, et qu'il a commencé à divaguer à la suite des contrariétés qu'il éprouva du fait de la fermeture de son café; il ne voulait plus travailler et il en vint bientôt à briser tout ce qui tombait sous sa main et à menacer de mort ses enfants et son oncle.

Le certificat de quinzaine porte : paralysie générale, première période, léger embarras de la parole, mouvements fibrillaires des lèvres, marche mal assurée, agitation continue, idées de grandeurs et de richesses. Signé : Dr Dauby.

Dès son entrée, le malade se disait empereur de l'Islam, dominateur des mondes, possédé par un génie ; il avait du tremblement de la langue, de l'embarras de la parole, de l'inégalité et parfois une contraction exagérée des pupilles ; souvent il ramassait des pierres qu'il prenait pour des diamants. — En mai 1880, il tombe dans une période de dépression, ne parle plus, se livre à des mouvements saccadés et automatiques. En janvier 1881, on signale quelques hallucinations probables de la vue et le malade s'excite de nouveau ; il gesticule, imprime à ses lèvres un mouvement continu, imitant le baiser, siffle, crie sans cesse, a des insommies. Son état s'aggrave et il meurt le 12 août 1881. A l'autopsie, on trouve les lésions de la paralysie générale.

Obs. III. — Mim... bent Deh..., cinquante ans, sans profession, entrée le 14 novembre 1881.

Le certificat du Dr Battarel, chargé du service des aliénés à l'hôpital de Mustapha, constate que cette malade, trouvée en état de vagabondage par le service de la police, est atteinte de manie avec divagations, cris nocturnes et diurnes, inconscience des actes, des lieux et du temps, gâtisme.

Certificat de quinzaine : est atteinte de démence paralytique ; les symptômes physiques et intellectuels sont très accusés ; elle est dangereuse pour elle-même et les personnes qui l'entourent. Signé : Dr Dauby.

Au commencement de décembre elle paraît agitée, crie, s'excite facilement, pleure, chante et se montre très incohérente. L'affaiblissement fait des progrès et elle meurt le 26 décembre 1881 d'atrepsie.

Obs. IV. — M'h... ben B..., trente-cinq ans, interprète à la commission d'enquête, entré le 5 juin 1882. Il est malade depuis plusieurs mois et a fait de nombreux excès alcooliques.

Certificat de quinzaine : est atteint de paralysie générale avec excitation, idées de grandeurs et embarras de la parole. Signé : Dr Dauby. — Le malade est agité, accuse des idées de grandeurs et de richesses, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, des troubles de la parole, du tremblement. Il ne tarde pas à tomber dans le marasme et meurt le 16 juillet 1882. — Nous ne trouvons pas trace de son autopsie, mais le diagnostic de paralysie générale ne saurait faire aucun doute, d'autant plus

qu'il est confirmé par un certificat du Dr Viry qui avait soigné le malade à l'hôpital militaire de Milianah, et par un second certificat du Dr Battarel, chargé du service des aliénés à l'hôpital civil de Mustapha où le malade fit un court séjour.

Obs. V. — A... ben Y..., quarante-cinq ans, domicilié à Alger, entré le 18 août 1882.

Renseignements donnés par le Dr Battarel : causes inconnues, alcoolisme probable; il paraît atteint de démence, est hébété, se cogne, se blesse à chaque instant contre les murs, gâte, joue avec ses matières fécales, est glouton et pousse des cris sans motif; a été amené à l'hôpital de Mustapha par le service de la police, après un bain forcé dans le bassin du radoub d'où il a été repêché de suite par deux pontonniers; il était en état de vagabondage et paraissait n'avoir pas mangé depuis plusieurs jours.

Certificat de quinzaine : est atteint de paralysie générale progressive avec démence, incohérence dans les idées et les actes, excitation violente. Son état physique s'est considérablement aggravé par suite de son excitation continue et dangereuse. Signé : Dr Dauby.

En septembre, l'agitation persiste dans sa violence habituelle, l'état physique devient plus mauvais et le malade meurt, le 7 novembre 1882, d'une congestion cérébrale.

Obs. VI. — Al... ben H..., né aux Oulad-Salah en 1826, domicilié à Blidah, lieutenant de tirailleurs algériens en retraite, entré le 6 janvier 1883. — Les causes de la maladie sont inconnues; on sait seulement qu'elle a débuté il y a un an environ et que son développement a été progressif. Le malade s'était porté à des violences sur sa femme, et il avait tenté une fois de se crever les yeux, une autre fois de se tuer; il avait présenté aussi des périodes de calme, mais non complètement lucides, alternant avec des crises de fureur.

Le certificat de vingt-quatre heures porte : paralysie générale progressive avec démence, idées de grandeurs et de satisfaction; symptômes physiques très accusés, tremblement des membres et mouvements fibrillaires des muscles de la face, embarras très prononcé de la parole. Signé : Dr Dauby. — Ce malade présentait des alternatives de tristesse et d'exaltation, se disait puissamment riche, était malpropre et gâteux. Il mourait quelques jours après son entrée, le 18 janvier 1883, dans le marasme paralytique.

Ce diagnostic confirmait du reste le certificat du Dr Battarel,

motivant l'évacuation de ce malade de l'hôpital de Mustapha sur l'asile d'Aix.

L'alcoolisme nous semble cependant n'avoir pas été tout à fait étranger à la symptomatologie délirante du malade, témoins sa tentative de suicide, rare chez les purs paralytiques généraux, et les intervalles de lucidité relative au début de l'affection.

Obs. VII. — F... bent M..., veuve A..., née à Alger en 1828, cinquante-cinq ans, sans profession, entrée à l'asile le 12 juin 1883.

Renseignements adressés par le Dr Battarel : causes inconnues; malade depuis plusieurs mois; agitation, divagation, gâtisme intermittent, gloutonnerie, hallucinations, difficulté de la parole, démarche incertaine, œdème passager de la face et des pieds. Est atteinte de démence avec quelques symptômes de paralysie de la langue et des jambes.

Certificat de quinzaine : est atteinte de délire général avec affaiblissement des facultés mentales, embarras de la parole, mouvements fibrillaires des lèvres, excitation continue, gâtisme, démence paralytique probable. Signé : Dr Dauby.

Les notes mensuelles ne nous donnent pas d'indication nouvelle; la malade mourait du choléra le 28 août 1884; mais les symptômes que nous connaissons suffisent à porter le diagnostic.

Obs. VIII. — Y... ben B..., né à Alger en 1845, employé au génie militaire, entré le 22 septembre 1883.

Il résulte des renseignements communiqués par le Dr Trabut qu'avant d'être évacué sur l'asile d'Aix, le malade était entré pour la quatrième fois à l'hôpital de Mustapha pour la même affection et qu'il en était sorti chaque fois dans le même état sur la demande expresse de sa famille; c'était un alcoolique, dont la maladie, remontant à plusieurs années, avait revêtu une forme rémittente et s'accusait par des idées de grandeur, des hallucinations et une tendance marquée à la violence. Notre confrère concluait à la manie des grandeurs avec hallucinations. Il n'est pas question de troubles somatiques, et cependant, à son arrivée à l'asile, le malade offrait des symptômes de paralysie générale, comme le constate le certificat de quinzaine ainsi conçu : « paralysie générale progressive avec délire dépressif, manie des grandeurs, impulsions violentes. »

Les phénomènes ataxiques étaient sans doute de date récente et n'avaient fait leur apparition qu'après une longue période de

délire sur ce terrain éminemment préparé par les excès alcooliques.

Les notes mensuelles relatent les mêmes signes objectifs avec aggravation sensible, et le malade mourait le 1er avril 1884 dans le marasme paralytique.

Obs. IX. — M... ben H..., quarante ans, né à Mansourah (Constantine), domicilié à Alger, portefaix, entré le 24 novembre 1885.

Ce malade a des antécédents héréditaires que le Dr Battarel ne peut spécifier ; il fut amené à l'hôpital de Mustapha dans un état d'agitation extrême avec insomnies, cris diurnes et nocturnes, hallucinations de l'ouïe et de la vue ; il voyait son frère, déchirait son vêtement, dégradait les murs et menaçait de couper le cou aux personnes de son entourage.

A l'asile d'Aix, le Dr Dauby porte le diagnostic de démence paralytique caractérisée par un affaiblissement intellectuel et moral très prononcé, du délire expansif, de la faiblesse des membres inférieurs, du gâtisme. — En mai 1886, le délire prend une forme dépressive, le malade bredouille des propos incohérents et est gâteux. Il meurt le 8 janvier 1887 ; nous ne trouvons pas trace de son autopsie.

Obs. X. — R... N... A..., né aux Beni Sedko, quarante ans, journalier, entré le 3 septembre 1886.

Les causes de la maladie sont inconnues, mais il paraît y avoir des antécédents héréditaires ; elle remonte à plusieurs mois : il est hébété, articule des mots sans suite, gâte, joue avec ses matières fécales, mange d'une façon gloutonne, et accuse du tremblement de la langue, des contractions fréquentes et du grincement des mâchoires, de la faiblesse des jambes. De ces phénomènes, le Dr Battarel conclut à la démence paralytique. Ce diagnostic est confirmé à l'asile d'Aix par le Dr Dauby ; le malade reste gâteux et meurt le 10 juin 1887 de paralysie générale progressive.

Obs. XI. — A... ben R... ou G..., né aux Beni-Kanni, trente-deux ans, journalier, entre le 7 septembre 1886.

D'après les renseignements, le malade a été trouvé en état de vagabondage ; il accusait de la manie avec idées religieuses, agitation, exaltation, refus de nourriture (elle est faite de la graisse de porc) et hallucinations de la vue et de l'ouïe.

A l'asile, le Dr Dauby porte le diagnostic de démence paralytique avec agitation continue, embarras de la parole, mouvements fibrillaires des lèvres, inégalité des pupilles, affaiblissement des membres inférieurs.

L'agitation persiste avec les signes de paralysie générale jusqu'en juin 1887; à cette époque survient une période de dépression; le malade reste en place sans initiative, observe un mutisme absolu et présente parfois des mouvements désordonnés et automatiques. En septembre, il entre à l'infirmerie pour tuberculose pulmonaire, surtout prononcée au sommet gauche; la diarrhée, l'amaigrissement surviennent et il meurt de phthisie le 14 octobre 1887.

Obs. XII. — Ab... ben Ah..., né à Laghouat (Alger), domicilié à Alger, vingt-cinq ans, étudiant, célibataire, entré le 18 octobre 1887.

Renseignements adressés par le Dr Battarel : La maladie dont la cause est inconnue, remonte à plusieurs mois; elle a les caractères de la manie avec idées de persécution et quelques idées de pouvoir et de richesses; on lui en veut, on dit du mal de lui, on ne parle que de lui; il est très sournois; ce malade parle français; il est relativement instruit, il s'est porté à des actes de violence sur son entourage et ses voisins qu'il croit lui en vouloir et médire de lui.

Le certificat de quinzaine est ainsi conçu : manie chronique caractérisée par de l'incohérence dans les idées et les actes, des hallucinations de la vue et de l'ouïe, des idées de persécutions et de richesses. On dit du mal de lui, on l'insulte, il possède plusieurs millions; querelleur, violent et dangereux. Signé : Dr Dauby.

Dès le début, nous notons une tendance marquée à la démence; le malade a des hallucinations de la vue et lutte avec des personnages imaginaires; en février 1888, l'agitation persiste avec un extrême désordre dans les idées et les actes et le malade commence à déchirer et à se déshabiller; en septembre suivant, la démence est définitive et à ce moment surviennent des mouvements choréiformes du bras droit; parfois il lève les yeux, écoute et se met à rire aux éclats; pressé de nous répondre, il ne nous adresse pas une parole, ferme les lèvres et pousse des sons inarticulés, des hu hu incompréhensibles. Il a de la sialorrhée, et dans la journée il chante sans cesse l'air de la *Marseillaise* sans les paroles et par instant envoie dans l'air des milliers de coup de poing à l'adresse d'un personnage imaginaire après lequel il court en poussant des cris de joie. On le surprenait quelquefois se masturbant devant ses camarades sans la moindre pudeur. Un jour il raconta à un surveillant qu'il possédait plusieurs millions, qu'il voyait et entendait deux

Turcs jouer la comédie, et que ce spectacle le faisait rire aux éclats. Ce malade, quoique très amaigri au moment de son entrée, n'avait jamais présenté aucun symptôme qui pût faire soupçonner chez lui des lésions graves ; il était devenu malpropre et gâteux, mais le caractère de son délire ne s'était pas modifié, lorsqu'il mourut presque subitement le 15 mars 1890.

Son *autopsie* nous ménagea des surprises : Dans le cerveau nous trouvons les lésions de la paralysie générale ; les parois du crâne sont épaissis ; à droite la dure-mère généralement épaissie adhère à la voûte crânienne, le long de la scissure interhémisphérique ; sur cet hémisphère la pie-mère est œdématiée, et la partie de cette membrane qui recouvre le lobule pariétal supérieur est le siège d'un léger piqueté sanguin. Mais de ce côté il n'y a pas d'adhérences à la substance corticale.

Dans le cerveau gauche, au contraire, la pie-mère est tellement adhérente à la substance grise du lobe frontal jusqu'à la pariétale ascendante que son extraction est très difficile, mais non impossible. La substance corticale est amincie, tandis que la substance blanche est manifestement indurée. En faisant les sections de Pitres, nous trouvons sur la coupe préfrontale, dans le centre ovale, un noyau de sclérose de la grosseur d'une lentille, qui pourrait bien nous donner la raison des mouvements choréiques du bras droit observés chez le sujet.

Les ventricules, les autres coupes du cerveau et le bulbe ne nous donnent rien de particulier.

Poumons. — Le poumon droit a presque totalement disparu ; il est recouvert d'une enveloppe épaisse ressemblant à une coque pseudo-membraneuse et sanieuse ; intimement accolé à la partie supérieure contre la colonne vertébrale, il n'a pas 2 centimètres d'épaisseur, de sorte que la cavité thoracique droite est vide comme chez les fœtus et ne contient qu'un liquide épais, purulent, jaunâtre, grumeleux, peu abondant ; en somme le poumon droit est comme atélectasié, et le tissu pulmonaire a disparu pour faire place à une petite masse compacte, fibreuse, sclérosée, exsangue, très résistante à la coupe, et dont les lambeaux, plongés dans l'eau, vont au fond du vase. La plèvre thoracique est également couverte de fausses membranes.

Le poumon gauche est tellement adhérent à la cage thoracique qu'il est difficile de l'en détacher ; il est rempli de tubercules dans toute son étendue et contient au sommet des cavernes remplies de pus. Les lambeaux de ce poumon surnagent quand on les plonge dans l'eau.

Le cœur est hypertrophié, rempli de caillots dans le ventricule droit; débarrassé de ces caillots, il pèse 325 grammes.

Le foie petit, noirâtre, très dur à la coupe, ne pèse que 1,350 grammes; il ne paraît pas tuberculeux.

Enfin, on trouve dans le mésentère de nombreux ganglions tuberculeux.

Obs. XIII. — M'h... ben Abd..., né à Cherchell (Alger), journalier, trente ans, divorcé, entré le 8 juillet 1889.

Renseignements fournis par le Dr Battarel : causes inconnues; incohérence des actes et des idées, agitation, inquiétude, s'empare de tout ce qu'il rencontre, même de ses matières fécales; gâtisme, gloutonnerie, facilement violent, pérégrinations nocturnes, cris nocturnes, manie agitée.

Certificat de quinzaine : délire général avec incohérence extrême dans les idées et les actes, affaiblissement des facultés intellectuelles et morales, parfois violent et malpropre, le malade ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, s'isole, paraît halluciné de l'ouïe, se barbouille d'excréments, ramasse tout ce qu'il rencontre. Signé : Dr Dauby.

Bientôt le malade paraît être dans la démence la plus complète; il s'agite, pétrit ses ordures, collectionne, est toujours en mouvement et bredouille des propos incompréhensibles même pour ses camarades.

Il meurt le 16 août suivant, après une attaque congestive que volontiers nous aurions rattachée à l'épilepsie, restée ignorée encore en raison de l'arrivée toute récente du malade, si l'autopsie, que nous ne rapportons pas parce qu'elle n'offre rien de spécial, ne nous avait révélé les lésions caractéristiques de la paralysie générale.

ACCÈS DE LYPÉMANIE SUICIDE

GUÉRI PAR

L'APPARITION D'UN ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

Par le Dr SZCZYPIORSKI
Interne de l'asile de Saint-Dizier.

Il est de notion classique dans la pathologie ordinaire d'observer que, souvent, les coïncidences morbides sont d'un pronostic favorable pour la maladie dans le cours de laquelle est apparue une autre affection. C'est ainsi que certaines tuberculoses cutanées, le lupus ulcéreux, voire même quelques syphilides, peuvent subir une heureuse modification sous l'influence de l'érysipèle.

Dans la médecine mentale, les maladies infectieuses, les suppurations prolongées constituent parfois des auxiliaires puissants dans la thérapeutique des diverses sortes de folies.

Cependant, les cas de guérison complète, survenant presque au moment même de l'éclosion de la maladie incidente, sont tellement exceptionnels, qu'il n'est pas dénué d'intérêt de livrer à la publicité le fait suivant :

Sommaire. — *Hérédité maternelle. — Absence d'antécédents personnels. — Chagrins. — Lypémanie suicide. — Systématisation du délire. — Tentatives répétées d'auto-destruction. — Apparition d'un érysipèle de la face. — Guérison.*

A. F..., cinquante-quatre ans, instituteur, compte des antécédents héréditaires dans la personne de sa mère, atteinte, à

l'âge de la ménopause, de lypémanie suicide, pour laquelle elle fut internée dans un asile; et de son oncle maternel (frère jumeau), qui était très emporté, « la tête en l'air et parfois tout drôle ». Père mort du tétanos traumatique. Les antécédents personnels ne révèlent pas d'affections cérébrales. Aucune maladie jusqu'à il y a dix ans. A partir de cette époque, érysipèles de la face à répétition fréquente et à intensité décroissante. Depuis deux ans, le malade en fut exempt. F... est marié et père de deux filles, institutrices primaires, bien portantes, mais un peu naïves et très impressionnables.

Très doux de caractère, menant une vie sobre et rangée, F... ne s'écartait jamais du chemin paisible et monotone une fois tracé par ses goûts et par l'habitude. L'absence d'émotions vives, la vie intérieure pleine d'affection et de bonheur familial, étaient bien faites pour rendre F... peu réfractaire aux atteintes des intrigues intérieures de sa commune. Aussi se tenait-il toujours à l'abri de la politique et des questions délicates. Il arriva, néanmoins, qu'il se trouva mêlé, malgré lui, dans l'affaire concernant la nomination du nouveau curé. Parmi les deux candidats, se trouvait un prêtre d'origine allemande, qui n'inspirait pas beaucoup de sympathie à F..., ce que personne n'ignorait, et qui, par ses manœuvres habiles, réussit à gagner les suffrages des paroissiens.

Et lorsque, en dépit des vœux de la majorité, sa candidature se trouva éliminée, on fut unanime pour accuser l'instituteur de ce fait.

Cet événement, qui a eu lieu vers le commencement de 1889, plongea F... dans un tel état de dépression, causé par l'abandon et l'animosité dont il fut l'objet de la part de tous, qu'il ne lui resta plus qu'à changer de résidence. Mais l'esprit ne trouva pas de repos et devint dès lors *locus minoris resistentiæ*.

Et, en effet, l'occasion se présenta le 14 juillet dernier pour ébranler entièrement les facultés mentales de F... Invité au banquet municipal, il eut la maladresse de demander au dessert à combien montait sa quote-part et, ne la croyant pas au-dessus de 5 francs, il jeta, avec emphase, la pièce sur la table, en destinant le surplus aux musiciens. Rentré chez lui, et, un peu dégrisé, il s'en tourmenta beaucoup. En vain, on s'efforça de le consoler. A partir de ce moment il s'accuse et, en même temps, il se sent entouré d'ennemis. « On est contre moi, je suis indigne, je suis condamné, je deviens fou. »

Les lueurs de lucidité disparaissent progressivement, et,

bientôt, il ne reste que des idées nettement délirantes de suicide et anxieuses. Il perd le sommeil et l'appétit. A tous ces troubles, s'ajoute enfin une telle agitation que, sur le conseil du médecin, on amène le malade à Saint-Dizier, où l'on pense le traiter par l'hydrothérapie. A l'hôtel, il veut se jeter en bas de l'escalier. Mis dans le bain, il veut ouvrir le robinet d'eau chaude « pour se brûler ». Au moment où on lui fait une piqûre de morphine, il s'écrie qu'on veut l'empoisonner.

Le 31 juillet 1890, on l'amène à l'asile aux prises avec une agitation épouvantable. M. le Dr Fabre, médecin-directeur de l'établissement, rédige le certificat immédiat avec le diagnostic de « lypémanie suicide, caractérisée par un délire mélancolique, etc. »

Les jours suivants, toujours agitation excessive, surtout le soir, tentatives répétées de suicide. Le malade se mord les doigts; il cherche à se noyer dans le bain; il veut s'étrangler avec sa cravate; il refuse toute nourriture. On est obligé, à plusieurs reprises, de recourir à la sonde et à la camisole.

Il s'accuse, il est indigne de vivre, il attend l'expiation de ses forfaits; on met du poison dans sa nourriture; il *entend la voix* du préfet qui va lui infliger la peine capitale; *on lui ordonne* de se jeter à l'eau, par la fenêtre. Sa bouche est empâtée et présente un léger degré de stomatite avec quelques érosions superficielles; l'haleine est fétide.

Le 8 août, avec l'apparition de l'érysipèle de la face, l'agitation fait place à l'accalmie, à l'abattement. Le malade demande souvent pardon, sans dire le motif de cette contrition. Les jours suivants, absence de conceptions délirantes.

L'érysipèle fut d'une intensité exceptionnelle et présenta plusieurs poussées successives. La température, de 41 degrés au début, descendait lentement et s'élevait de temps à autre de plusieurs degrés.

Le 25 août, toute trace d'érysipèle disparaît. La mémoire revient. Le malade se rappelle les circonstances dans lesquelles il est entré à l'asile. Le lendemain, réapparition d'une plaque érysipélateuse sur le pied droit, qui se dissipe, d'ailleurs, au bout de quatre jours.

Ainsi, dès le début de l'érysipèle, F... est plus calme et ne révèle aucune tendance au suicide. La mémoire, ainsi que la conscience de sa situation, lui reviennent bien nettes.

Le 7 septembre 1890, F... quitte l'établissement dans un état physique et mental très satisfaisant. Dernièrement

(avril 1891), nous avons eu l'occasion de constater que la guérison se maintenait.

Réflexions. — F... est un héréditaire. Il a repris la forme du délire de sa mère. Dans les deux cas, il s'agit de lypémanie suicide. Son délire présenta, dès le début, l'ébauche de la systématisation. Cette circonstance et l'hérédité plaidaient en faveur de la chronicité de l'affection.

Dans le cours de la maladie survient un érysipèle de la face, d'une intensité peu commune et d'une longue durée, et contribue à la guérison de l'aliénation mentale. Les érysipèles étaient fréquents chez F..., leur intensité allait en s'atténuant, ce qui arrive habituellement ; le premier érysipèle servant, pour ainsi dire, de vaccin, et conférant, par cela même, une sorte d'immunité restreinte contre une nouvelle atteinte. Dans notre cas, le dernier érysipèle, espacé du précédent d'une période de deux ans, a revêtu des allures particulièrement saillantes.

Quelle a été l'action intime de l'érysipèle sur le cours de la maladie mentale ? Il agissait ici, très probablement, comme un puissant révulsif, désanémiant fortement le cerveau, qui, un moment, avait été le siège d'une congestion très prononcée.

Médecine légale

LA

MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

EN ITALIE

Par le Dr Paul MOREAU (de Tours).

SOMMAIRE. — I. Un cas d'excitation à la débauche. Observation clinique et expertise, par M. le Dr E. Morselli (*Riforma medica. Anno IV. Marzo.* 1888). — II. Rapport médico-légal sur un fou homicide, par M. le Dr B. Sadun (*Giornale intern. delle scienze mediche, anno XI*). — III. Désobéissance, insubordination et destruction d'effets militaires, par MM. les Drs C. Bonfigli et R. Tambroni, rapport médico-légal (*Rivista sperimentale die freniatria e di medicina legale.* Vol. XVI. Fasc. I. II. 1890). — IV. Homicide volontaire et blessure grave commis sous l'empire d'idées érotiques par un imbécile dégénéré. Rapport médico-légal, par M. le Pr Enrico Morselli (*Rivista sperim. di fren. e di medi. legale.* V. XVI. F. I. 1890). — V. La responsabilité dans l'hystérie, par M. le Pr L. Bianchi (*Comm. al congresso freniat. di Novara,* 1889. *Rivista sperim. di freniatria e di medicina legale.* Vol. XVI. F. III. 1890). — VI. Pour et contre la semi-responsabilité, expertise médico-légale, par M. le Dr E. Bonvecchiato, sur un acte de rébellion accompagné de voies de faits sur son supérieur, par un soldat. Venise, 1890. — VII. La justice dans la bonne voie et le procès de Caporali, l'aggresseur du président des ministres, M. Crispi, par le Dr Zuccarelli (*Anomalo, gazet. antrop. psich. medico. leg.* Ann. II. Vol. II. 1890.)

I. — M. le professeur E. Morselli rapporte l'observation d'un individu atteint d'inversion sexuelle. C'est un chapitre à ajouter à ceux de Westphal, Krafft-Ebing, Legrand du Saulle, Charcot, Magnan, Tamania, Lombroso, Ball, Cantarano.

Le sujet B... a présenté un développement précoce de l'instinct sexuel, des habitudes de masturbation de très bonne heure, se complaisait à des attouchements obscènes avec les enfants de son âge, se sentait attiré

vers ceux qui plus âgés étaient capables de sentir les plaisirs des attouchements, puis, plus tard, éprouvait une frigidité absolue pour les personnes du sexe opposé; le coït était douloureux, tandis que la masturbation solitaire ou mutuelle lui procurait un grand bien-être ; B... recherchait la vue des parties nues du corps de l'homme, avait une profonde horreur de la pédérastie, de l'amour lesbien ; au contact de sa main ou de celle d'adolescents, ses organes génitaux fonctionnaient régulièrement, cependant la vue de jeunes enfants le laissait froid et ne réveillait aucunement ses sens. Tels sont les signes principaux qui ont permis à M. Morselli de poser le diagnostic : inversion sexuelle.

L'accusé doit-il être rendu responsable d'actes délictueux commis sous l'empire de ses tendances maladives? Le professeur ne le croit pas et, considérant le lien étroit qui existe entre ces manifestions érotiques et les anomalies de son état psychique, le déclare irresponsable.

II. — Il s'agit d'un meurtre commis par un imbécile présentant des périodes d'excitation maniaque. Un reproche léger détermina chez lui un accès de fureur et il frappa une femme et l'enfant qu'elle tenait à la main ; l'enfant mourut des suites de sa blessure.

L'accusé est imbécile de naissance. D'une nature extravagante et portée à la tristesse, on le voit parfois être pris de véritables accès de fureur ayant tous les caractères du délire maniaque. Quelques jours avant l'acte qu'il a commis, il était mal à l'aise et, au moment du crime, il était dans une de ses périodes d'impulsion irrésistible.

Appelé à examiner l'état mental de l'inculpé, M. le professeur B. Sadun, après une observation minutieuse, se croit en droit d'affirmer que chez N... les facultés (perception, mémoire, imagination, apperception, jugement), se trouvaient portés à leur maximum de trouble et que

les facultés inhibitrices et modératrices (attention, réflexion, jugement et volonté), manquaient de la façon la plus absolue. D'après les données de la science mentale, on peut conclure que lors de l'attentat commis contre la femme et l'enfant, N... n'avait aucune conscience de ses actes.

Le professeur Sadun fait suivre cet exposé de réflexions sur la garde, la tutelle, l'assistance et le traitement des malades de ce genre et constate qu'en Italie les lois font défaut à ce sujet. Il eut été à souhaiter qu'il fût tenu compte de ces desiderata dans le nouveau Code pénal. L'autorité et la compétence de notre savant collègue, professeur à l'Université de Pise, méritent que ses idées et ses vœux soient pris en très sérieuse considération.

III. — Le 30 mars 1888 entrait au Manicome de Ferrare le nommé G. A., âgé de vingt-deux ans, soldat au 36e régiment d'infanterie, venant de l'hôpital militaire de Venise où il était en observation sur l'ordre du commandant de la première compagnie de discipline en garnison au Lido.

Dans la matinée du 17 février, le soldat A..., pendant l'exercice, se livra vis-à-vis du sergent qui commandait à de tels actes d'insubordination, qu'on dut le conduire en prison. Deux jours après, dans sa cellule, A... s'abandonna à des actes de destruction, de violence et finalement fit une tentative de suicide. Tels sont les faits qui motivèrent son envoi en observation à l'hôpital militaire, l'intégrité de ses facultés mentales paraissant douteuse. A... étant dangereux et, dans l'impossibilité où le directeur de l'hôpital militaire se trouvait d'établir si l'inculpé soumis à son observation était réellement aliéné ou simulateur, son transfert au Manicome de Ferrare fut décidé.

Par décret du juge d'instruction du tribunal militaire

de Venise, MM. les docteurs Bonfigli et Tambroni furent commis à l'effet d'examiner le soldat A...

Les questions qui leur furent posées furent les suivantes :

1° A... est-il réellement aliéné?

2° Dans le cas de l'affirmative, la maladie existait-elle déjà à l'époque où les faits incriminés se sont produits ?

3° Quel est alors le degré de sa responsabilité, est-il complètement responsable? Y a-t-il lieu d'admettre une responsabilité limitée?

Pour répondre à ces questions, on mit à la disposition des experts tous les documents nécessaires. La vie antérieure de A... fut minutieusement examinée et de plus on le mit pendant un temps assez long en observation.

Le résultat de l'enquête se traduisit finalement par les réponses suivantes :

1° A... est un individu psychiquement anormal.

2° Cet état d'anomalie, probablement congénital, remonte à une époque antérieure aux méfaits commis.

3° Il est responsable à un faible degré ou, en d'autres termes, on doit lui appliquer la responsabilité partielle, telle que l'admettent les légistes et les aliénistes, et dont doivent bénéficier les individus, qui, reconnus psychiquement anormaux, ne sont cependant pas absolument déclarés aliénés.

Le tribunal militaire, tout en reconnaissant les faits reprochés à l'accusé, mais tenant compte de son état mental particulier, ne le condamna qu'à un an de prison, y compris la prévention. Comme conséquence de ce jugement, A... fut réformé.

Ce jugement donna ainsi une triple satisfaction, à la société, à la discipline militaire, à la science. MM. Bonfigli et Tambroni ajoutent que s'il leur était permis de faire un vœu, non comme hommes de science, mais

comme citoyens, ils souhaiteraient que l'on n'admît dans l'armée que des individus normaux, moralement et physiquement, et que ceux que l'on suspecterait soient placés dans un corps spécial tout autrement organisé que les compagnies de discipline actuelles, et qu'enfin, dans les cas douteux, on n'hésitât pas à éloigner de l'armée ces individus à état mental suspect.

IV. — Le 15 août 1887, vers six heures du soir, dans une petite ruelle près de la station de Vercelle, le nommé G. Cat..., homme de peine, attaquait deux femmes, Maria P..., veuve R... et sa fille Carolina R... récemment mariée, et avec un couteau blessait grièvement la première et tuait la seconde. Quelques heures après, Cat... allait se remettre aux mains de la justice.

Ses déclarations, les pièces du procès, les récits des témoins permirent de reconstituer l'historique et de suivre la logique évolution des faits : Cat... a trente-huit ans, dans ses antécédents on ne relève aucune hérédité. Cependant, il fut toujours regardé par tout le monde comme ne jouissant pas entièrement de son bon sens. A plusieurs reprises, l'autorité judiciaire eut à s'occuper de lui. Une première fois, il avait fait des déclarations amoureuses à une nommée G. F... Repoussé par elle, il l'avait injuriée. Menacé et battu par le frère de cette fille, il tourna ses vues vers la jeune A. M... Cette nouvelle passion eut le sort de la première. C'est alors qu'il s'adresse à Carolina R..., de condition bien supérieure à la sienne. Ses hommages furent naturellement repoussés. Néanmoins la passion de Cat... se manifesta plus énergique que jamais et dégénéra en véritable persécution, d'autant plus que quelques-uns de ses camarades lui écrivirent de fausses lettres d'amour qui ne faisaient qu'augmenter sa flamme. Dans ses idées, tout devint pour lui un sujet de jalousie, et sous l'empire de cette passion, il menaçait ceux qu'il voyait parler soit

à Carolina, soit à sa mère, et était arrivé à monter la garde devant leur porte, les suivre dans la rue, les attendre des heures entières, bref faire acte de folie.

En mai 1887, Carolina épousa M. M... Cet événement inattendu troubla définitivement la faible intelligence de Cat... qui devint triste, taciturne, abandonna tout travail et ne songea plus qu'à la vengeance. Par deux fois, il vint à l'hospice, présentant des troubles manifestes de l'esprit. Sorti mais non guéri, il rencontre Carolina ; à sa vue sa passion se rallume plus vive que jamais : il reste tout le jour sous sa fenêtre, l'appelle, l'insulte, lance des pierres dans les fenêtres... agit de telle sorte que l'autorité intervient. On ne conçoit pas que Cat..., qui avait déjà donné tant de preuves de folie, ne fut pas envoyé dans un Manicome...

Les persécutions continuèrent, les menaces redoublèrent et finalement Cat... se livra à l'acte homicide que nous avons relaté. Les réponses de Cat..., son état d'exaltation pendant son interrogatoire engagèrent la Chambre du conseil à ordonner une expertise médico-légale et Cat... fut envoyé au Manicome de X..., après avoir été soumis à une observation de plusieurs mois, le rapport concluant à la semi-imbécillité et à la semi-irresponsabilité, au sens de l'article 65 de l'ancien Code pénal.

Cette opinion était basée : 1° sur l'absence des commémoratifs prouvant l'hérédité morbide ; 2° sur la constatation de quelques caractères de dégénérescence ; 3° sur l'imperfection de l'intelligence et du sens moral ; 4° sur la grande facilité à s'exalter sous le stimulus émotif. Le diagnostic avait été fait par voie d'élimination, après avoir repoussé l'existence des hallucinations, de l'épilepsie, de l'alcoolisme et de manie transitoire.

L'examen clinique sur lequel se basait cette expertise, parut incomplet aux magistrats et une contre-expertise

fut ordonnée et confiée au Dr E. Morselli, professeur de clinique des maladies mentales à l'Université de Gênes. Après un examen minutieux, le professeur Morselli déclara que l'acte homicide avait été commis sous l'empire de l'aliénation mentale.

Cat... est un imbécile dégénéré, présentant des périodes d'exaltation et de dépression. Sur ce fonds de défaillance intellectuelle s'est greffé un délire du type érotique persécuteur, se traduisant par l'idée morbide de vouloir se marier avec des personnes d'une condition supérieure à la sienne...

La préméditation de son crime, manifestée par le fait de faire aiguiser son couteau, d'attendre le départ du mari pour attaquer les deux femmes, n'a rien d'étonnant: l'imbécile, en effet, prépare souvent de longue main l'exécution d'actes violents. Il est capable de concentrer toute l'énergie de ses facultés pour l'accomplissement d'une idée délirante et fixe. Il sait dissimuler et attendre le moment favorable pour frapper. Cat... doit être considéré comme irresponsable du crime et de la tentative homicide qu'il a commis.

V. — Dans une communication faite au Congrès de médecine mentale tenu à Novarre, au mois de septembre 1889, le Dr L. Bianchi, professeur de psychiatrie, et directeur du Manicome de Palerme, étudie la responsabilité des hystériques. Se basant sur l'examen des faits, il pense que le médecin-expert est en droit de déclarer l'irresponsabilité de l'hystérique :

1° Durant le délire hystérique, parcourant toutes ses phases ;

2° Quand il y a dédoublement de la personnalité.

VI. — Le 26 mai 1886, comparaissait, devant le tribunal militaire, Salvator, de Naples, soldat à la 1re compagnie de discipline au Lido, à Venise, sous l'inculpation d'insubordination, désobéissance et voies

de fait et tentative d'homicide sur un supérieur. Durant l'instruction, un doute s'étant élevé sur l'intégrité des facultés mentales de l'accusé, qui semblait avoir agi sous l'influence d'un accès d'épilepsie, l'accusé fut soumis à l'examen du médecin-expert, le Dr E. Bonvecchiato, dont les conclusions furent les suivantes :

1° Le soldat S... est réellement atteint d'épilepsie.

2° L'épilepsie se manifeste chez l'inculpé par de la perversion morale, une excessive irritabilité, des accès convulsifs suivis de fureur, précédés de malaise général, d'inquiétude psychique et suivis presque toujours de stupeur et de demi-conscience.

3° Les préoccupations délirantes et les actes impulsifs dangereux, mis en évidence par l'observation, montrent une parfaite identité de nature avec les idées qui provoquent l'explosion des actes et en forment comme le thème.

4° Cette constatation, et la profonde dégénérescence morale dans laquelle est tombé le malade, expliquent les actes auxquels il s'est livré et sont une preuve de l'impossibilité où il se trouve de résister.

5° S... A... doit être déclaré entièrement et absolument irresponsable des actes commis.

6° Sa terrible maladie le rendant dangereux et un perpétuel sujet de crainte pour lui-même et pour autrui, il est nécessaire qu'il soit renfermé dans un hospice pour y recevoir les soins que nécessite son état.

Conformément à ces conclusions, S... A... fut déclaré irresponsable.

VII. — On n'a pas oublié l'attentat dont fut victime M. Crispi, au mois de septembre 1889. L'état mental de l'inculpé ayant fait naître des doutes, une expertise médico-légale fut ordonnée et confiée à quatre experts, commis, deux par la défense, deux par l'accusation, tous

aliénistes et neuropathologistes du midi de l'Italie et professeurs à l'Université de Naples.

Appelés à donner leur avis, ils déclarèrent tout d'abord qu'il était absolument nécessaire d'observer et d'étudier l'inculpé. En présence de cette déclaration, la cour et le ministère public furent d'avis de suspendre les débats et de renvoyer l'affaire à une époque ultérieure. De plus, on décida que les quatre experts, sans aucune distinction à établir entre eux, et auxquels on adjoindrait un cinquième, procéderaient à une enquête et à une étude minutieuse du sujet et donneraient finalement leur opinion sincère d'après leur examen.

Les cinq experts se sont mis à l'œuvre en présence du juge instructeur, et deux d'entre eux furent chargés du rapport.

Ces cinq experts, MM. les professeurs G. Buonomo, F. Vizioli, L. Bianchi, A. Tamburini, G. Virzilio, après un examen approfondi, suivant les lois de la plus fidèle clinique et les progrès modernes de la science anthropologique-psychiatrique, déclarèrent que le nommé Emilio Caporali, l'auteur de l'attentat contre le président du conseil des ministres, était un véritable aliéné que l'on doit ranger parmi « *i paranoici rudimentari a fondo frenastenico* ».

Le ministère public admit ces conclusions et Caporali fut déclaré irresponsable; mais comme son état mental le rendait dangereux pour la société, il fut remis à l'autorité, qui devait prendre les mesures nécessaires.

M. le Dr Zuccarelli, l'auteur de ce mémoire, se félicite de voir mises en pratique les idées qu'il soutient depuis de longues années, la fusion des experts nommés par les deux parties, défense et accusation ; on ne peut que bien en augurer pour la bonne administration de la justice et l'honneur de la science.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

DOCUMENTS OFFICIELS

AMPLIATIONS ET COPIES EN DUE FORME

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

DIVISION DES SCIENCES ET LETTRES

1er Bureau

Paris, le 27 décembre 1867.

A Monsieur le Président de la Société médico-psychologique de Paris.

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-joint :

1° Ampliation d'un décret en date du 11 décembre courant, par lequel l'Empereur, sur ma proposition, a reconnu la Société médico-psychologique de Paris comme établissement d'utilité publique, et approuvé ses statuts.

2° Ampliation de mon arrêté du 19 décembre courant, par lequel j'ai approuvé le règlement revisé en mars 1867, de ladite Société.

3° et 4° Copies, en due forme, desdits statuts et règlements.

Recevez, Monsieur le président, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le ministre de l'instruction publique,

Signé : V. DURUY.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

N° 6146.

NAPOLÉON, par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français.
A tous présents et à venir, salut.

Sur le rapport de notre ministre, secrétaire d'État au département de l'instruction publique,
Vu la demande formée par la Société médico-psychologique, siégeant à Paris, et les pièces produites à l'appui,
Notre Conseil d'État entendu,
Avons décrété et décrétons ce qui suit :

ARTICLE PREMIER.

La Société médico-psychologique, établie à Paris, est reconnue établissement d'utilité publique.

ARTICLE II.

Les statuts de la Société sont approuvés tels qu'ils sont annexés au présent décret. Aucune modification ne pourra y être faite sans notre autorisation.

ARTICLE III.

Notre ministre, secrétaire d'État au département de l'instruction publique, est chargé de l'exécution du présent décret.
Fait au palais de Saint-Cloud, le 11 décembre 1867.

Signé : NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre, secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Signé : V. DURUY.

Pour ampliation :

Le conseiller d'État, secrétaire général,

Signé : Charles ROBERT.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE.

BUREAU DE L'ENREGISTREMENT GÉNÉRAL ET DES ARCHIVES (N° 4969).

Le ministre, secrétaire d'État au département de l'instruction publique,

Vu le décret du 11 décembre courant, par lequel la Société médico-psychologique de Paris a été reconnue comme établissement d'utilité publique, et ses statuts ont été approuvés;

Vu le règlement projeté de la même Société, revisé en mars 1867,

Arrête :

ARTICLE PREMIER.

Le règlement de la Société médico-psychologique de Paris, revisé en mars 1867, est approuvé tel qu'il est annexé au présent arrêté.

ARTICLE II.

Aucune modification ne pourra être faite sans notre autorisation.

Fait à Paris, le 19 décembre 1867.

Signé : V. DURUY.

Pour ampliation :

Le conseiller d'Etat, secrétaire général,

Signé : ROBERT.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

TITRE PREMIER.

BUT DE LA SOCIÉTÉ.

ARTICLE PREMIER. — La Société a pour but l'étude et le perfectionnement de la pathologie mentale ; elle comprend dans ses travaux toutes les sciences auxiliaires qui peuvent en favoriser les progrès. Elle s'occupe spécialement des objets suivants :

1° Pathologie mentale et pathologie du système nerveux;

2° Anatomie et physiologie du système nerveux, anatomie pathologique;

3° Science des rapports du physique et du moral;

4° Hygiène morale, éducation ou prophylaxie de l'aliénation mentale et des névroses, hygiène pénitentiaire, études historiques sur les maladies de la sensibilité et de l'intelligence;

5° Assistance, médecine légale, jurisprudence et statistique des aliénés;

6° Philosophie, physiologie psychologique, ethnologie, histoire, considérées dans leurs relations avec la science des rapports du physique et du moral.

TITRE II.

COMPOSITION DE LA SOCIÉTÉ.

Art. 2. — La Société se compose de membres titulaires ou résidants, de membres correspondants et d'associés étrangers.

Art. 3. — Le nombre des membres titulaires est fixé à quarante-huit.

Le nombre des membres correspondants et des associés étrangers n'est pas limité.

Art. 4. — La Société peut conférer le titre de membre honoraire aux membres résidants après dix ans d'exercice, et lorsqu'ils en font la demande.

Art. 5. — Est admis de droit, sur sa demande, à prendre le titre de membre correspondant, tout membre titulaire qui, pour une cause quelconque, cesse de résider dans le département de la Seine. Il est autorisé, en cas de retour, à reprendre, à la première vacance, le titre qu'il avait à l'époque de son départ, après avoir toutefois prévenu la Société de son intention.

TITRE III.

CONDITIONS D'ADMISSION.

Art. 6. — Les admissions ont lieu dans la forme suivante : tout candidat au titre de membre résidant présente une demande par écrit. Cette demande est lue

en séance et renvoyée à une commission de trois membres, qui doit faire son rapport dans un délai déterminé par la Société. Après avoir entendu le rapport, et après délibération, la Société procède à la nomination, qui a lieu au scrutin secret et à la majorité des suffrages.

L'élection des candidats aux titres de membre correspondant ou d'associé étranger est soumise aux mêmes formalités.

ART. 7. — La Société, sur la proposition de cinq membres, peut aussi conférer directement le titre d'associé étranger à des savants ayant rendu des services éminents à la science. L'élection a lieu à la majorité absolue des membres présents.

TITRE IV.

ORGANISATION DU BUREAU.

ART. 8. — Le bureau élu par la Société en séance publique, se compose d'un président, d'un vice-président, d'un secrétaire général, de deux secrétaires particuliers et d'un trésorier-archiviste.

ART. 9. — Le bureau est chargé de la direction à imprimer aux travaux de la Société, du maintien du règlement et de tout ce qui concerne l'administration. Il décide des convocations aux assemblées extraordinaires.

ART. 10. — La Société publie régulièrement le Bulletin de ses travaux. Un comité, dit de publication, est spécialement chargé de recevoir tout ce qui doit être publié au nom de la Société, et d'en surveiller l'impression.

TITRE V.

TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ.

ART. 11. — La Société se réunit chaque mois en séance ordinaire.

Il peut y avoir des séances extraordinaires.

ART. 12. — Les membres titulaires ont seuls voix délibérative.

Les membres honoraires, correspondants et associés étrangers, ont droit d'assister aux séances et de prendre part aux discussions.

TITRE VI.

ADMINISTRATION ; FINANCES.

Art. 13. — Les membres titulaires et les membres correspondants acquittent, après leur admission, un droit de diplôme entre les mains du trésorier.

Art. 14. — La cotisation annuelle des membres titulaires est de trente-six francs, au moins.

Art. 15. — Les ressources de la Société se composent :

1° Du revenu des biens et valeurs de toute nature appartenant à la Société ;

2° Du droit d'admission pour les membres titulaires et pour les correspondants nationaux ;

3° De la cotisation payée par les membres titulaires : le montant en est fixé par la Société, suivant ses besoins ;

4° Du produit des publications ;

5° Des dons et legs que la Société est autorisée à recevoir ;

6° Des subventions qui peuvent lui être accordées par l'État.

Art. 16. — Les fonds libres sont placés en rentes sur l'État.

TITRE VII.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 17. — Un règlement d'administration intérieure, soumis à l'approbation du ministre de l'instruction publique, détermine les dispositions de détail propres à assurer l'exécution des statuts.

Art. 18. — La Société peut instituer des prix sur des sujets en rapport avec ses travaux.

Art. 19. — En cas de dissolution, il sera statué, par la Société convoquée extraordinairement, sur l'emploi des fonds, livres, etc., appartenant à la Société. Dans cette circonstance, la Société devra toujours respecter les clauses stipulées par les donateurs en prévision du cas de dissolution.

Les présents statuts ont été délibérés et adoptés par le conseil d'Etat, dans sa séance du 27 novembre 1867.

Le conseiller d'État, secrétaire général du Conseil d'État,

Signé : De la Noue-Billaud.

Certifié conforme :

Le conseiller d'État, secrétaire général du ministère de l'instruction publique,

Signé : Charles Robert.

RÈGLEMENT

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

REVISÉ EN MARS 1867.

TITRE PREMIER.

DE LA TENUE DES SÉANCES.

Article premier. — Les séances ordinaires de la Société ont lieu le dernier lundi de chaque mois, de quatre heures à six heures de l'après-midi. Il pourra être tenu des séances extraordinaires sur la proposition du bureau et par décision de la Société.

Art. 2. — La périodicité des séances pourra être changée par une décision de la Société, à la majorité absolue des membres présents.

Art. 3. — La Société prend chaque année deux mois de vacances, en août et septembre. Des séances supplémentaires ont lieu en novembre et décembre.

TITRE II.

FONCTIONS DU BUREAU.

Art. 4. — Le Président, et à son défaut, le vice-président préside les séances, proclame les décisions de

la Société et les noms des membres élus ; il nomme les commissions chargées des rapports et des travaux scientifiques.

Art. 5. — En l'absence du président et du vice-président, le plus ancien membre préside la séance.

Art. 6. — Le secrétaire général reçoit, dépouille et rédige la correspondance. Il prépare l'ordre du jour des séances, de concert avec le président. Il a la parole immédiatement après l'adoption du procès-verbal pour communiquer à la Société les pièces de la correspondance. Il est chargé d'expédier les diplômes et de surveiller la rédaction du Bulletin des séances. Il est adjoint de droit au comité de publication, et tous les travaux destinés à ce comité sont d'abord déposés entre ses mains. En cas d'absence, il est remplacé par l'un des secrétaires particuliers.

Art. 7. — Les secrétaires sont chargés de la rédaction et de la publication des procès-verbaux.

Art. 8. — Le trésorier-archiviste est le percepteur et le dépositaire des fonds de la Société. Il a la garde des feuilles de présence. Il tient toutes les écritures relatives à la comptabilité et solde les frais de publication. Il rend compte chaque année de sa gestion à une commission spéciale, dans la seconde quinzaine de décembre. Il est, en outre, spécialement commis à la conservation des archives et des collections. Il est chargé de dresser un catalogue des livres et des manuscrits dont il est le dépositaire, qu'il doit soumettre chaque année à la signature du président et du secrétaire général. — Le trésorier-archiviste doit tenir un registre où sont inscrits tous les noms des membres titulaires, honoraires, correspondants et associés étrangers, avec la date de leur nomination.

Art. 9. — Les questions administratives, personnelles, réglementaires et, en général, toutes les questions qui ne sont pas purement scientifiques, sont examinées et résolues par le Bureau constitué en conseil de famille et d'administration. Les décisions doivent être communiquées à la Société, qui peut les modifier, après délibération dans une de ses séances.

TITRE III.

RECETTES ET DÉPENSES.

Art. 10. — Les membres résidants, les membres correspondants et les associés étrangers reçoivent immédiatement après leur admission un diplôme qui n'est délivré gratuitement qu'aux membres associés étrangers.

Art. 11. — Le droit d'admission est fixé à 10 francs pour les membres titulaires, et à 20 francs pour les correspondants nationaux.

Art. 12. — Les membres titulaires, en échange de leur cotisation fixée à 36 francs au moins par les statuts, reçoivent gratuitement un abonnement aux *Annales médico-psychologiques*, dans lesquelles est publié le Bulletin de la Société.

Art. 13. — Chaque membre résidant a droit, pour chacune des séances auxquelles il assiste, à un jeton de présence de la valeur de 2 fr. 50, qui sera compté en déduction de la cotisation annuelle.

Art. 14. — Tout membre qui aura laissé s'écouler une année sans acquitter le montant du droit d'admission ou de la cotisation sera averti une première fois par le trésorier, et trois mois après par le président ; si ces avertissements restent sans effet, il sera considéré comme démissionnaire.

Art. 15. — Les frais d'administration sont réglés par le bureau et acquittés par le trésorier sur le visa du secrétaire général.

TITRE IV.

DES PUBLICATIONS.

Art. 16. — La Société publie le Bulletin de ses travaux dans les *Annales médico-psychologiques*.

Les frais de publication sont réglés par une convention conclue entre la Société et le proprétaire directeur des *Annales*.

Art. 17. — Tous les manuscrits lus ou communiqués à la Société, et tous les rapports scientifiques, sont renvoyés au comité de publication.

Art. 18. — Les mémoires, les communications et les rapports qui ne sont pas déposés sur le bureau immédiatement après leur lecture, doivent être remis au secrétaire général au plus tard dans les dix jours qui suivent la séance et ne doivent contenir aucune addition, aucune modification au texte primitif.

Art. 19. — Le Bulletin des séances est publié par les secrétaires, de concert avec le secrétaire général, et se compose de tous les travaux renvoyés au comité de publication pour y paraître soit textuellement, soit en extraits ou en analyses.

Art. 20. — Le comité de publication se compose de trois membres élus chaque année au scrutin de liste et à la majorité absolue des suffrages. Il sont rééligibles et peuvent faire partie du bureau. Le secrétaire général est adjoint de droit à cette commission.

Art. 21. — Ce comité surveille la publication du Bulletin de la Société. Il s'entend, s'il y a lieu, avec les auteurs pour les modifications, les coupures et les suppressions qui lui paraissent opportunes, ou pour la rédaction qu'il juge utile de publier à la place des mémoires primitifs. Les droits du comité sont absolus et ses décisions sans appel.

Art. 22. — Tous les manuscrits lus ou adressés à la Société deviennent sa propriété, et ceux qui ne sont pas publiés textuellement doivent être déposés aux archives avec les formes officielles destinées à en fixer exactement la date. Les manuscrits émanant de personnes étrangères à la Société ne peuvent, en aucun cas, être repris par les auteurs; ceux-ci toutefois ont le droit d'en faire prendre copie aux archives.

Art. 23. — Tout manuscrit émanant d'un membre de la Société, qui ne serait pas publié dans le délai de quatre mois, dont il n'aurait été publié qu'un extrait, sera rendu à l'auteur sur sa demande.

TITRE V.

COMMISSIONS ET RAPPORTS SCIENTIFIQUES.

Art. 24. — Tout travail inédit, présenté par une personne étrangère à la Société, est renvoyé à une commission de trois membres désignés par le président. La

commission pourra, suivant l'importance du travail, faire un rapport verbal ou écrit; mais toutes les fois qu'elle présentera des conclusions soumises au vote de la Société, il faudra que le rapport soit écrit et signé des commissaires.

Art. 25. — Quoique les commissions ordinaires ne se composent que de trois membres, on peut, si on le juge utile, adjoindre un ou deux membres de plus à certaines commissions.

Art. 26. — Les ouvrages imprimés, adressés à la Société, sont renvoyés à une commission, si les auteurs en font la demande; dans le cas contraire, le renvoi à une commission est facultatif, et le président, peut ne désigner qu'un seul commissaire.

Art. 27. — Les commissaires en retard seront avertis, tous les trois mois, par le président, en séance publique; et le président, après deux avertissements, aura le droit de nommer une autre commission.

TITRE VI.

ORDRE ET RÉGIME DES SÉANCES.

Art. 28. — L'ordre du jour est réglé par le secrétaire général, de concert avec le président; mais, en cas d'urgence, la Société peut modifier cet ordre du jour.

Art. 29. — Les travaux se succèdent dans l'ordre suivant : lecture du procès-verbal, correspondance, rapports, élections, mémoires et communications.

Art. 30. — Les personnes étrangères à la Société peuvent être autorisées à faire une lecture ou une communication orale; mais la parole ne peut leur être accordée dans une discussion que sur la proposition de trois membres.

Art. 31. — Les personnes étrangères à la Société, ne pouvant obtenir la parole sur la rédaction du procès-verbal, seront toujours invitées à résumer elles-mêmes par écrit leurs communications orales, et à remettre, dans un délai de dix jours, leurs notes au secrétaire. Si elles ne répondent pas à cette invitation, elles ne seront admises à élever aucune réclamation sur la manière dont le secrétaire aura rendu, dans son procès-verbal, leurs paroles ou leurs opinions.

ART. 32. — Lorsqu'une lecture ou une communication est renvoyée à une commission, la discussion ne peut s'ouvrir immédiatement; elle est remise jusqu'au jour du rapport.

ART. 33. — Les lectures et communications des membres de la Société peuvent être discutées immédiatement, ainsi que les rapports. Lorsqu'il y a des conclusions à voter, le rapporteur a le droit de prendre le dernier la parole.

ART. 34. — La parole est accordée, dans le cours d'une discussion, à tout membre qui la demande pour rétablir la question, pour proposer la clôture ou l'ordre du jour, ou pour un fait personnel.

ART. 35. — Le président rappelle à l'ordre quiconque dépasse les limites des discussions scientifiques, et à la question tout orateur qui s'éloigne de l'objet de la discussion.

ART. 36. — La Société peut se former en comité secret; mais, sauf le cas d'urgence absolue, le comité secret sera annoncé immédiatement après la lecture du procès-verbal de la séance du jour.

Les décisions y sont prises à la majorité absolue des votants, quel que soit le nombre des membres qui prennent part au vote.

Les comités secrets peuvent être provoqués de deux manières : 1° par le président au nom du Bureau ; 2° sur la proposition écrite et motivée de cinq membres de la Société.

ART. 37. — La Société peut exprimer un blâme contre un de ses membres, et même prononcer son exclusion. Ces mesures disciplinaires ne peuvent jamais être infligées que sur le rapport du Bureau constitué en conseil de famille, et à la majorité des deux tiers des membres titulaires et honoraires présents dûment convoqués ; elle est irrévocable.

TITRE VII.

ÉLECTIONS DU BUREAU ET DU COMITÉ DE PUBLICATION.

ART. 38. — La Société renouvelle son Bureau dans la seconde séance de décembre par voie d'élection, conformément à l'article 5 des statuts. Le nouveau Bureau

entre en fonctions dans la première séance de janvier.

Art. 39. — Les élections du Bureau et du Comité de publication ont lieu au scrutin secret et à la majorité absolue des votants. Les membres titulaires et les membres honoraires sont seuls admis à voter.

Art. 40. — Les candidats qui obtiennent la majorité absolue des suffrages exprimés sont déclarés élus. Les billets blancs sont annulés. Il est immédiatement procédé à un scrutin de ballotage, s'il n'y a pas eu de majorité absolue. En cas de partage, le plus âgé des deux candidats est nommé.

Art. 41. — Toutes les fonctions sont annuelles. Le président sortant ne peut être appelé à la vice-présidence qu'après un intervalle de deux ans. Le vice-président succède de plein droit au président.

Les autres membres du Bureau peuvent être indéfiniment réélus.

TITRE VIII.

RÉVISION DU RÈGLEMENT.

Aucune proposition de modification au présent règlement ne peut être mise en délibération que sur une demande signée par neuf membres au moins, au commencement de l'année.

Si la proposition est prise en considération, elle est renvoyée à l'examen d'une commission de cinq membres, nommée au scrutin secret et à la majorité absolue des suffrages. Le rapport de la commission doit être fait dans une assemblée extraordinaire convoquée à cet effet, et les modifications proposées ne peuvent être adoptées qu'au scrutin secret et à la majorité absolue des deux tiers des membres présents.

Certifié conforme à l'original déposé aux Archives du Ministère.

Paris, le 19 décembre 1867.

Le conseiller d'État, secrétaire général,

Signé : Charles Robert.

SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1891.

Présidence de M. BOUCHEREAU.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

M. LE PRÉSIDENT. — Messieurs, j'ai le regret de vous annoncer la mort de M. Guignard, membre honoraire, décédé le 26 janvier dernier, à Paris, à l'âge de soixante-dix ans. Après avoir consacré les premières années de sa jeunesse à l'enseignement, notre collègue embrassa la carrière administrative, et fut successivement attaché aux bureaux de la préfecture de Seine-et-Oise, inspecteur des enfants assistés du même département, directeur de l'hôpital civil de Versailles. Il ne resta que peu de temps dans ces dernières fonctions et fut nommé directeur de l'asile d'aliénés de Bordeaux, puis, enfin, de celui de Marseille. Pendant la guerre de 1870, il fut détaché de son service pour remplir les fonctions d'intendant militaire au titre d'auxiliaire. Admis à la retraite avec le titre de directeur honoraire des asiles d'aliénés, il vint s'installer à Paris et se fit nommer membre de notre Société, dont il suivait assidûment les séances. Je me suis fait l'interprète, auprès de la famille de M. Guignard, des sentiments de tous nos collègues.

Un autre deuil vient de frapper la Société. M. Henri Obersteiner, de Vienne, membre associé étranger, est décédé le 25 janvier dernier, à l'âge de soixante et onze ans. Notre confrère était un aliéniste distingué ; il avait fondé à Döbling, près Vienne, une maison de santé d'aliénés qu'il dirigeait avec succès. Son fils, notre collègue, est professeur à l'Université de Vienne. M. le secrétaire général voudra bien lui adresser, ainsi qu'à toute sa famille, nos sentiments de condoléance.

Installation du bureau (suite).

M. THÉOPHILE ROUSSEL, appelé à prendre place au Bureau, demande la parole pour remercier la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant au fauteuil de la présidence. Il regrette que son absence de Paris

ne lui ait pas permis de présenter ces remerciements dès la dernière séance. Il est d'autant plus sensible à l'honneur qui lui est fait qu'il y a moins de titres. La Société a sans doute voulu récompenser l'effort consciencieux, soutenu, d'un médecin, qui, sans pouvoir prétendre au titre d'aliéniste, ne s'est pas moins attaché à faire sortir un résultat profitable à la science et à l'humanité, du projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838, présenté au Sénat par le gouvernement en 1882.

Cet effort n'était pas le premier. Dès les premiers temps de l'Assemblée nationale, au mois de juillet 1872, M. Th. Roussel, de concert avec deux jurisconsultes, MM. Jozon et Desjardins, avait présenté à cette Assemblée, à laquelle les préoccupations politiques n'ont pas permis de mener à bien ce travail, une proposition de loi dont le texte était le fruit des remarquables discussions de la Société de législation comparée.

Ses affinités avec la médecine mentale sont, du reste, beaucoup plus anciennes. Elles remontent à plus d'un demi-siècle, à l'année 1840, qui a marqué une date dans l'histoire de l'enseignement clinique de la pathologie mentale à Paris, par la mise au concours de six places de chefs des services d'aliénés dans les hôpitaux. Ces six places furent obtenues par les Drs Félix Voisin, Trélat, Baillarger, Moreau (de Tours), Dalasiauve et Archambault. M. Théophile Roussel assista à ce concours, qui eut lieu à la Salpêtrière, où l'amitié de Claude Bernard, interne de M. Falret, l'avait fait appeler comme externe, dans le service de cet éminent clinicien. Quelques mois après, il quittait ce service pour passer, comme interne provisoire, dans le service voisin de M. Mitivié. L'année suivante, il passait sa première année d'internat à Bicêtre. « La nécessité où je suis, ajoute M. Th. Roussel, de me prévaloir ici de mes succès d'étude les plus minimes, me fera excuser de rappeler que le prix des externes fut décerné en 1841 à mon mémoire ayant pour titre: *De l'influence des maladies intercurrentes sur les caractères et la marche de certaines maladies mentales*, mémoire rédigé à l'aide d'observations recueillies dans les services de MM. Falret et Mitivié.

« Bien que les circonstances m'aient éloigné bientôt

après d'études auxquelles je me livrais avec un goût très vif, je n'ai jamais négligé, depuis ce temps reculé, les occasions que mes voyages ou les situations diverses de ma vie m'ont offertes, de suivre, en France et à l'étranger, les progrès de la pathologie mentale. C'est ainsi que j'ai été amené à user de mon droit d'initiative parlementaire, en 1872, pour présenter un projet de revision de la loi du 30 juin 1838, et que je suis devenu, dix ans après, au Sénat, le rapporteur du projet du gouvernement qui est encore, en ce moment, pendant devant la Chambre des députés. »

A propos de ce projet, qui attend depuis neuf ans un vote définitif du Parlement, M. Théophile Roussel dit qu'il n'a pas pu partager l'inquiétude éprouvée par plusieurs de ses collègues de la Société, lorsqu'ils ont appris l'année dernière la réapparition, au Palais Bourbon, de la proposition de loi de MM. Gambetta et Magnin, tendant à soumettre à la décision d'un jury, composé de douze citoyens, la question de l'internement dans un asile des individus qui ont donné des signes d'aliénation mentale. La Chambre actuelle et sa commission, présidée par M. Thévenet, contiennent un trop grand nombre d'esprits sérieux pour qu'on puisse redouter l'adoption d'un projet dont le bon sens de Gambetta avait fini par faire justice. M. Théophile Roussel raconte qu'en 1872, peu de jours avant de présenter à l'Assemblée nationale la proposition préparée par la Société de législation comparée, il s'adressa à Gambetta pour connaître ses intentions et savoir s'il ne le rencontrerait pas pour adversaire. Après quelques explications échangées, Gambetta l'engagea à présenter cette proposition. « *Mais que ferez-vous de la vôtre?* demanda M. Roussel. — *De la mienne*, répondit-il, *c'était avant le déluge, ne vous en occupez pas.* »

Quoi qu'il en soit, M. Théophile Roussel espère que si le projet voté par le Sénat est modifié sur quelques points, dans son passage à la Chambre des députés, le résultat final de la revision de la loi de 1838 donnera satisfaction, non seulement aux partisans si souvent exagérés de la liberté individuelle, mais aussi aux défenseurs de la cause non moins respectable de l'humanité et de la science.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le numéro de février de la *Revue d'hynoptisme;*

2° Les nos 1 et 2 des *Annales de psychiatrie et d'hypnologie ;*

3° Le rapport décennal des inspecteurs généraux sur la santé des aliénés de la Hollande.

Après une discussion sur le mode de nomination des membres titulaires, la Société déclare la vacance de quatre places de membres résidants et décide que dans la séance de mars aura lieu la nomination au scrutin de la Commission de trois membres, chargée de lui présenter une liste des candidats, et que l'élection aura lieu dans la séance de mai.

M. Ch. Vallon. — Messieurs, lors de sa dernière réunion, la Société médico-psychologique a levé la séance en signe de deuil, à l'occasion de la mort de Baillarger. L'ancien président a donc reçu les honneurs accoutumés. Mais, vous le savez, Baillarger a été le fondateur de notre Société ; pendant plus d'un demi-siècle, il a occupé dans notre spécialité une place considérable; ne vous semble-t-il pas qu'à ce double titre il mérite un souvenir tout particulier? Si tel est votre sentiment, je vous propose d'ouvrir une souscription pour élever au savant médecin de la Salpêtrière, je ne dirai pas une statue, mais au moins un buste qui serait placé soit dans la salle de nos séances, soit sur sa tombe.

La proposition de M. Vallon est adoptée, et une commission, composée de MM. Blanche, Bouchereau, Falret, Mitivié, Ritti et Vallon, est chargée de l'étudier; elle présentera son rapport à la prochaine séance.

Rapport de la Commission des finances.

M. Mitivié. — Messieurs, après avoir examiné les comptes de votre trésorier et les pièces servant à l'établir, votre Commission n'a qu'à vous en signaler la régularité et à vous en proposer l'adoption, après, toutefois, vous avoir fait connaître le détail qui permet d'établir la situation au 31 décembre 1890.

Les recettes pour l'année 1890 se sont élevées au chiffre de.	1.445 30
et les dépenses à	1.111 95
d'où une différence de	333 35
venant grossir la somme restant disponible en 1889, et la porter au chiffre de.	3.549 90
Cet argent disponible joint aux 5,090 fr. 05 représentant les rentes et le legs Bourdin forme un total de	8.639 95

constituant l'avoir actuel de la Société, situation prospère qui va tous les ans en s'améliorant et qui est due à la sage et scrupuleuse administration de votre trésorier. Votre Conseil aura à examiner s'il doit laisser cette somme de 3,549 fr. 90 en disponibilité ou en consolider une partie par un achat de rente.

A cet avoir, il faut ajouter les sommes provenant des caisses particulières avec affectation spéciale.

La caisse Aubanel ayant au 31 septembre 1890 un disponible de.	2.994 45
La caisse Belhomme.	835 »
La caisse Moreau, de Tours	250 »
Ce qui forme un total général de.	12.719 40

dont votre Société peut disposer à ce jour.

L'état des caisses particulières s'augmentera dans le cours de l'exercice 1891 des arrérages à toucher, ce qui portera :

La caisse Aubanel, à.	3.794 45
La caisse Belhomme, à.	1.135 »
La caisse Moreau, de Tours, à.	350 »

Notre Conseil décidera quelle somme il croira devoir prélever pour les prix de cette année.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées et des remerciements sont votés au trésorier, M. Aug. Voisin.

Rapports de candidature.

M. MARANDON DE MONTYEL. — M. le Dr Dumaz qui sollicite, Messieurs, de votre bienveillance, de faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant, est un ancien interne des hôpitaux de Paris. C'est

vous dire s'il fut donc un studieux dès les premières années de sa carrière médicale. Reçu docteur après son internat, il s'établit à Chambéry où les solides connaissances pratiques qu'il avait acquises le mirent en relief et, seulement depuis quelques années, il s'adonna spécialement à l'étude des maladies mentales. Successivement médecin en chef à Clermont, directeur-médecin de la Chartreuse et de Bassens qu'il dirige actuellement, il n'a pas tardé à fournir des preuves de sa compétence, ainsi que de son travail, et il publia un substantiel mémoire sur un cas de folie impulsive. En outre, M. Dumaz envoie à l'appui de sa candidature, cinq observations inédites, très détaillées, très minutieusement observées, du plus vif intérêt. Les quatre premières sont relatives à des persécutés-persécuteurs, type Falret, qui présentent, tous les quatre, les caractères cliniques si exactement décrits par notre éminent collègue. Une de ces observations est plus particulièrement intéressante, elle concerne deux sœurs, c'est donc un exemple de folie à deux dans cette variété vésanique, qui eurent le talent d'induire en erreur un aliéniste expérimenté, erreur qui donna comme un coup de fouet à leur délire, et entraîna avec les autorités administratives et judiciaires les plus grosses complications. La différence de caractères de ces deux femmes, leur part réciproque dans le délire, les exploits auxquels elles se se livrèrent, les passions qu'elles trouvèrent même le moyen d'allumer dans la paisible ville de Chambéry, sont bien décrits par notre confrère qui, je l'espère, publiera bientôt dans tous ses détails ce très curieux cas. Tous les malades du Dr Dumaz étaient des persécutés-persécuteurs querellants, cette curieuse variété dans laquelle les procès et la haine des juges absorbent l'entière activité délirante du sujet. La dernière observation envoyée par notre confrère est celle d'un dégénéré, lypémaniaque ambitieux, paroxystique à certaines époques, et raisonnant dans les intervalles ; elle contient une autobiographie du malade, qui ferait excellente figure dans la galerie des aliénés peints par eux-mêmes. Vous le voyez, messieurs, M. le Dr Dumaz mérite à tous égards d'être des nôtres, comme praticien et comme homme de science. L'accueillir, ce sera vous enrichir d'un collaborateur aussi distingué qu'actif.

Conformément à ces conclusions, M. Dumaz est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.

M. Arnaud. — Messieurs, la commission que vous avez nommée m'a chargé de vous présenter un rapport sur la candidature de M. Delaporte, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares, au titre de membre correspondant. Ma tâche est aisée, la personnalité du candidat vous étant assez connue, et je me bornerai à rappeler ici à grands traits la carrière de M. Delaporte.

Il a eu le rare bonheur de commencer et de poursuivre pendant cinq ans ses études de médecine mentale sous un maître qui restera parmi les plus grands dans notre spécialité; je veux parler de Morel, de qui M. Delaporte fut le médecin-adjoint, à Saint-Yon, de 1867 à 1872.

De Saint-Yon, M. Delaporte passe, comme médecin en chef de la section des femmes, à l'asile de Maréville. Puis, il est successivement placé, en qualité de directeur-médecin, à la tête des asiles de Fains, de Rennes et, enfin, de Quatre-Mares, revenant ainsi tout près de son point de départ. Il dirige ce dernier asile depuis plus de huit ans.

Vous savez tous, messieurs, combien sont multiples et délicates ces fonctions médico-administratives, dans des asiles comptant de six cents à huit cents malades, avec un personnel de serviteurs et d'employés de tout ordre, très considérable; quelle activité de tous les instants elles exigent, quelle énergie cérébrale elles absorbent. M. Delaporte ne s'en est cependant pas tenu à l'accomplissement consciencieux de ses devoirs professionnels de directeur et de chef de service. Il a encore trouvé moyen d'écrire un certain nombre de travaux auxquels sa modestie a eu le tort, — qu'il me permette de le lui dire, — de ne point donner la publicité qu'ils méritent. Néanmoins, plusieurs de ses intéressantes observations ont été recueillies par Lunier et figurent dans son travail sur l'*Influence des événements de* 1870-1871 *sur le développement de la folie*. (*Annal. méd.-psycholog.*, 1873).

De même, nous retrouvons dans les *Annales médico-psychologiques* (1887-1888) quelques-uns des nombreux rapports médico-légaux de M. Delaporte, analysés et discutés par notre distingué collègue, M. le Dr Giraud.

Les rapports qu'a publiés M. Delaporte, en collaboration avec le Dr Dubuisson, son médecin-adjoint, sur la situation de l'asile de Quatre-Mares, sont riches de faits et d'aperçus cliniques intéressants. J'y relève notamment ce qui concerne l'augmentation progressive de l'alcoolisme et de la paralysie générale, l'abaissement sensible de l'âge moyen des paralytiques (il oscille entre 31 et 40 ans), et la recrudescence des cas de folie pendant le deuxième trimestre de l'année. Ces constatations viennent corroborer les résultats des plus récents travaux sur les mêmes sujets.

En fidèle disciple de Morel, M. Delaporte s'est encore appliqué à mettre en lumière la grande influence de l'hérédité sur le développement des diverses formes d'aliénation.

Enfin, messieurs, vous avez tous gardé le souvenir du récent congrès de Rouen, si excellemment organisé par MM. Delaporte et Giraud, et dont M. Delaporte a été l'un des vice-présidents.

Votre commission a pensé que la carrière et les titres scientifiques de M. Delaporte lui marquaient sa place dans notre Société, et elle vous demande de ratifier son sentiment en accordant à M. le Dr Delaporte le titre de membre correspondant, qu'il sollicite.

Conformément à ces conclusions, M. Delaporte est nommé membre correspondant.

Hémorragie du noyau lenticulaire. — Pas de lésions de la motilité ni de la sensibilité. — Accès de mélancolie avec impulsions homicides et suicides.

M. Saury, au nom de M. Journiac, médecin-adjoint à l'asile de Blois, donne communication de l'observation suivante :

Le malade A. M..., coutelier, âgé de soixante-dix ans, entre à l'asile le 11 juillet 1890.

Antécédents héréditaires. — La mère du malade est morte à l'asile de Blois. Sa sœur, atteinte de mélancolie avec idées de persécution, a été soignée chez son frère. Elle est morte il y a douze à treize ans.

Antécédents personnels. — Le malade a toujours été craintif et timide, taciturne. Il était bon ouvrier, sobre,

d'une conduite très régulière, il a élevé convenablement cinq enfants d'un premier lit, sur lesquels nous n'avons pas de renseignements.

De l'avis des siens, A. M... a toujours été un bizarre et un incomplet, sans initiative; il a pu s'établir dans de bonnes conditions, mais n'a pas réussi à cause de son inertie. Léger accès de dépression mélancolique, il y a une dizaine d'années.

Il y a quelques années qu'il ne travaille plus, vivant avec sa seconde femme d'une petite pension que lui font ses enfants.

Depuis quelques mois, il a des cauchemars, dort mal, devient de plus en plus sombre; il ne joue plus aux cartes, trouve partout de mauvais présages, néglige sa basse-cour, son occupation habituelle.

Depuis une huitaine de jours, il est poursuivi par des idées homicides, il se sent poussé à tuer sa femme. « Je vous en prie, Jacques, dit-il à son beau-fils, éloignez-moi de votre mère, je vais la tuer, il faut que je la tue, ce sont des idées de démon, il faut que je l'étrangle. » Son beau-fils étant présent, il est plus calme et ne veut pas le laisser partir de peur de céder à ses impulsions.

Poursuivi par ses idées de meurtre, il voulait s'en débarrasser par le suicide, deux fois on l'a vu rôder autour de son puits, manier des couteaux ou des rasoirs comme s'il voulait s'en servir. Il a également parlé de s'asphyxier par le charbon.

On nous l'amène dans cet état, le 11 *juillet* 1890. Il ne présente d'autre signe physique de dégénérescence que sa toute petite taille, ses membres grêles sont à peine ceux d'un enfant de treize ans. On ne constate chez lui aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité, personne n'a observé d'ictus ni de paralysie. Myosis intense.

Il est très anxieux par intervalles, se promène en gémissant dans la cour de son quartier.

« Depuis plusieurs jours, dit-il, je veux me suicider parce que je suis poussé à faire du mal à ma femme. J'étais malade depuis plus de quinze jours, je dormais mal, j'avais des visions la nuit, je voyais des bourreaux, des instruments de torture; j'ai toute ma raison, je n'ai pas de maux de tête, quelque chose me poussait à étran-

gler ma femme et pourtant je l'aime bien. Ma mère est morte ici il y a vingt ans. »

Le soir, il devient très actif, « rôde autour des malades comme le chat autour de la souris », dit le surveillant de son quartier, il veut leur sauter à la gorge, c'est plus fort que lui, il demande qu'on l'attache, qu'on l'enferme.

12 *juillet*. « Ah! croyez-moi, je vous en conjure, ne me laissez pas faire, avant une demi-heure il y aura dix malheurs. Il y a bien huit jours que je n'ai mangé, je ne peux pas; dans quelques heures je serai tout nu, je serai un grand criminel. »

13 *juillet*. Son délire se généralise, tous ceux qui l'entourent sont malades par sa faute, il se plaint et se lamente une grande partie de la nuit. On est forcé de le nourrir à la sonde.

14 *juillet*. Le malade est toujours anxieux, il enlève ses vêtements à mesure qu'on les lui met, il se plaint tout le jour, mange peu.

15 *juillet*. Le malade est affaissé sur son banc: « Ça va bien mal, depuis quelque temps je vois que ça me retourne les idées. » Il parle difficilement, mange peu. Sa langue est sèche, son pouls vibrant, son facies rouge et animé.

16 *juillet*. « J'ai un diable dans le corps, dans la tête, partout. » Gémissements continuels.

17 *juillet*. Langue et lèvres fuligineuses, maigreur extrême. Il mange très peu, boit son vin. On n'observe toujours rien du côté de la motilité.

A partir de ce moment, le malade reste au lit, ses angoisses augmentent le soir, il a des hallucinations terrifiantes de la vue, s'accuse de crimes imaginaires, etc. Son délire s'accentue de jour en jour, il marmotte jour et nuit.

La fièvre augmente, il meurt le 25 juillet.

Autopsie. — Rien de notable au cœur et dans les autres viscères, excepté dans le parenchyme pulmonaire où nous trouvons quelques nodules d'origine probablement siliceuse, étant donnée la profession du malade.

Encéphale. — Pas de lésions de surface. Léger athérome des artères de l'hexagone.

A la coupe de Flechsig, nous sommes tout étonné de

trouver dans le noyau lenticulaire droit un foyer hémorragique assez récent, de la forme et des dimensions d'une grosse amande, occupant presque complètement les deux segments externes de ce noyau et laissant intact le segment interne. La capsule interne est indemne. La capsule externe est comprimée, il est difficile de voir si elle est lésée.

Conclusions. — Cette observation nous paraît intéressante à double titre : 1° Elle est à ajouter à la liste des lésions en foyer du noyau lenticulaire sans troubles moteurs et sensitifs. Il était vraiment impossible de soupçonner cette lésion avant l'autopsie.

2° Pour nous, ce malade a toujours été un dégénéré, un être aussi faible au point de vue psychique qu'au point de vue physique ; à part un léger accès de mélancolie, il a vécu pendant soixante-dix ans sur les frontières de la folie, sans accident, grâce à sa sobriété et à son existence calme et tranquille. Il nous est permis de croire que sa lésion et peut-être le travail qui l'a précédée ont été le coup de fouet qui a déterminé un accès mélancolique, et dès le début, nous avons vu se développer un des stigmates les plus nets de la dégénérescence mentale, je veux dire l'impulsion homicide. Le délire se généralise ensuite et rapidement amène la mort chez un sujet débilité par l'âge et les privations.

M. Magnan fait remarquer l'importance de cette observation, en raison de la lenteur des syndromes qui existaient encore à soixante-dix ans.

Les aliénés dits criminels.

M. Marandon de Montyel. — C'est pour la septième fois, Messieurs, si je ne me trompe, que vous mettez à l'ordre du jour de vos discussions, la question, si complexe et si grosse en conséquences sociales, des aliénés criminels. Il semblerait donc que tout ait été dit, qu'il ne soit point permis d'espérer pour la controverse actuelle ni la valeur, ni, moins encore, l'originalité des précédentes. Pourtant, à regarder de près, un double espoir survit. Jusqu'à ce jour, vous ne vous êtes jamais livré à une étude d'ensemble de ce difficile problème, vous n'avez pas davantage abouti à des solutions nette-

ment formulées qui fussent l'expression de vos opinions. Or, en ce moment, le Parlement est saisi d'une loi dont un des chapitres est relatif aux aliénés criminels. Ne serait-ce pas faire aujourd'hui œuvre utile et nouvelle que d'étudier la question, non plus sous une de ses faces, mais sous son quadruple aspect : responsabilité, caractères spéciaux, législation, assistance, et de voter ensuite des conclusions fermes? Nous aurions déjà sur nos devanciers l'avantage d'être plus complets et plus pratiques.

Mais un autre espoir reste, plus élevé et plus encourageant, celui que la société utilisera cette fois une science dont elle ne s'est pas encore suffisamment inquiétée et qui, quoique née d'hier à l'étranger, a déjà chez nous un organe spécial et suscite des congrès, science qui paraît appeler à renouveler le vieux monde et qui tient par les liens les plus étroits au sujet dont nous nous occupons. L'anthropologie criminelle, car vous avez compris, messieurs, qu'il s'agit d'elle, seule, à mon avis, permet d'expliquer la criminalité dans la folie. Sans doute, elle n'est pas encore en mesure de distinguer d'emblée, avec une certitude absolue, l'aliéné dangereux de l'aliéné inoffensif; mais déjà elle indique pourquoi ils diffèrent et nous fournit les moyens de découvrir, dans un avenir plus ou moins rapproché, par quoi, au physique et au psychique, se trahit cette différence.

Certes, je suis loin de partager toutes les idées de son illustre fondateur et, dans un moment, je contesterai, avec toute l'énergie dont je suis capable, l'identité du crime et de la folie. Mais M. Lombroso n'en reste pas moins, à mes yeux, un des plus grands remueurs d'idées de ce siècle, et de son livre si attaqué, si imparfait même, je le reconnais, mais si génial dans sa conception, sortira, j'en ai la conviction, aussi bien pour la psychiatrie que pour les sciences pénales, une révolution féconde. En attendant, veuillez me permettre, malgré mon inexpérience et mon insuffisance, de demander à l'anthropologie criminelle ce qu'est la responsabilité des aliénés entraînés au crime, quels sont les caractères qui les distinguent des autres malades, quelle législation leur conviendrait, quel asile devrait les abriter. De

solutions définitives, n'en attendez pas de moi. Je ne les crois pas encore réalisables; mais le fussent-elles, que je n'aurais pas la prétention de les dégager. Néanmoins, il m'a semblé que la question des aliénés criminels, étudiée sous ce jour nouveau, ne vous laisserait peut-être pas indifférents.

Et, d'abord, la *responsabilité*, qui a tant contribué à embrouiller les choses. Complète ou incomplète, limitée ou partielle, sous quelque forme qu'elle se présentât, et on n'en a négligé aucune, elle a soulevé des controverses d'autant plus obscures et d'autant plus inutiles qu'en l'absence de toute donnée certaine, l'esprit avait liberté entière de s'abandonner à sa fantaisie. C'est en son nom qu'on a condamné l'expression si exacte d'aliénés criminels, deux mots qui hurlent entre eux, a dit M. Christian, parce que, a ajouté M. Dagonet, le crime suppose l'intention et la conservation de la liberté morale. J'indiquerai tout à l'heure que la criminalité, à l'instar de la folie, a ses origines dans l'organisation du sujet, en lutte avec les milieux, et constitue, elle aussi, un état spécial, toutes les deux susceptibles de se montrer isolées ou combinées. Mais que nous ayons à cet égard tort ou non, l'anthropologie criminelle, avec raison et sage prudence, écarte de nos études la responsabilité, comme une vue philosophique ou religieuse, en dehors de toute démonstration scientifique, qui échappe à l'expérimentation et ne tombe pas sous l'observation directe, pas même sous le sens intime. Elle n'est pas un fait inductif, elle est une déduction. Comment, en effet, reconnaître une valeur positive, expérimentalement établie, à un principe déduit du raisonnement pur, principe qu'on retourne à volonté, tel un vieil habit, selon les besoins de l'école, de sorte que les peines ayant eu leur raison supérieure jusqu'à présent dans cette responsabilité, M. Dubuisson affirme, au contraire, que les hommes ne sont responsables que parce que précisément il y a des châtiments, ce qui évoque, sans coup férir, le souvenir joyeux du sabre légendaire de M. Prudhomme, lequel était destiné, comme vous savez, à défendre les institutions et, au besoin, à les atttaquer? Et c'est ce mythe métaphysique, tantôt cause, tantôt effet, selon les dispositions de qui

l'envisage, dont, au nom de la psychiatrie, nous affirmerions l'existence, que dis-je, que nous nous chargerions de peser et de couper en tranches. Nous certifierions où elle commence et où elle finit, quels actes elle a commandés et quels ont été soustraits à son contrôle; quelle fut son énergie ou sa faiblesse. Mais, Messieurs, nos confrères du moyen âge qui se chargeaient de se prononcer sur la sorcellerie, et dont nous faisons des gorges chaudes, étaient moins fantaisistes que nous. Au moins, ils invoquaient certains phénomènes physiques, les convulsions et les anesthésies, certains troubles intellectuels extraordinaires, l'illumination de la mémoire, toutes perturbations qu'ils interprétaient mal, c'est vrai, à cause de l'enfance de notre art, mais qui tombaient sous les sens. Nous, pour octroyer des quarts, des demi-quarts ou des moitiés de responsabilité, nous nous contentons du seul raisonnement.

Mais inutile d'insister, car l'anthropologie criminelle, respectueuse de toutes les croyances et de toutes les convictions, ne décrète pas l'inanité de la responsabilité, elle se borne à en constater l'inutilité en médecine légale de la folie et à lui substituer une base positive, l'examen de l'état mental au moment des actes incriminés; à la place de la philosophie, elle met la clinique. Cette méthode se concilie avec toutes les croyances, en même temps qu'elle fortifie l'expert. Le critérium de la responsabilité, en effet, laisse le médecin désarmé, car l'aliéniste ne possède pas de phrénomètre, selon l'heureuse expression de M. Falret, et est fort exposé, avec lui, à être entraîné en dehors de la science. S'il est en état d'opérer le dosage de la responsabilité en matière de folie, de quel droit se refusera-t-il à opérer le même dosage en matière de passion? Pourquoi le procédé qui a servi à mesurer l'intensité de la résistance opposée chez un aliéné, serait-il inefficace chez un passionnel? Du moment que vous êtes assez fort pour peser l'énergie laissée à la volition par une hallucination, une perversion émotive, une conception délirante, qui sont des états pathologiques, à plus forte raison, devez-vous être à même de savoir ce qu'il advient de cette volition sous le choc de la jalousie, de l'amour ou de la haine, qui sont des états physiologiques. Or, sur ce terrain, accusa-

teurs et défenseurs ont le droit de traiter avec l'expert d'égal à égal, tandis que celui-ci parlera en maître, s'il sait rester exclusivement homme de science. Eh bien! une telle attitude n'est possible qu'à la condition de rechercher, non si l'accusé était ou n'était pas responsable au moment du crime, mais s'il était ou n'était pas aliéné, c'est-à-dire dans un état mental qui eût justifié son placement en qualité de malade dans un asile. Vous objecterez que c'est la question de responsabilité ou d'irresponsabilité, non celle de maladie ou de santé mentale que pose le parquet. Qu'importe ! En pratique, faites ces termes synonymes les uns des autres et n'en démordez pas, quels que soient les efforts du ministère public ou de l'avocat. A un critérium métaphysique, que tout homme ayant lu Jean-Jacques ou Auguste Comte, se croira capable de discuter, vous aurez substitué un critérium expérimental accessible aux seuls aliénistes; car une hallucination et une conception délirante, une exaltation ou une dépression mentales, une absence ou une perversion morale, un affaiblissement ou une obtusion intellectuels se constatent et se démontrent absolument comme un souffle cardiaque ou respiratoire, une hyperesthésie ou une anesthésie. Dans ces conditions, en déposant des phénomènes psychiques constatés chez l'aliéné criminel, nous parlerons le même langage et avec la même autorité que le médecin légiste qui narrera les particularités de l'autopsie de la victime.

Maintenant, quels sont les aliénés qui deviennent criminels? A quels *caractères spéciaux* les reconnaît-on? Dans les précédentes discussions, Belloc, avec une rude et louable franchise, vous a mis au défi de fournir les signes certains de la criminalité dans la folie. C'est que les membres les plus éminents de cette Société, qui participèrent aux débats, après avoir accepté que tous les aliénés étaient susceptibles d'être, à un moment donné, entraînés au meurtre, au vol ou à l'incendie, se sont immédiatement efforcés, par une étrange contradiction, de distinguer les aliénés criminels des non criminels. Ainsi, pour M. Falret, le principe de la possibilité du crime à un instant de l'évolution de toute folie est certain, ce qui ne l'empêche pas de se livrer à une très remarquable étude clinique, négation même de ce prin-

cipe, et de laquelle il conclut, avec une rare sagacité, aux conditions nécessaires pour le passage à l'acte. A côté de M. Falret, le grand clinicien Morel, après avoir accepté cette même possibilité du crime, piqué au vif par le défi de Belloc, s'écria au cours de la discussion : « La clinique nous fournit des données certaines pour distinguer les fous dangereux de ceux qui ne le sont pas. » M. Christian, lui aussi, croit que tous les malades ont, pour se servir d'une expression chère à Renaudin, la virtualité criminelle et, immédiatement après avoir ainsi parlé, il a le courage, dont je le félicite d'ailleurs, et que j'imiterai dans un instant, de demander que l'aliéné ayant commis un crime, fût-il guéri, vous avez bien entendu, fût-il guéri, restât isolé. Mais celui qui résuma le mieux toutes ces contradictions, ce fut Lunier, dans une phrase que je vous demande la permission de vous rappeler : « Je considère, a dit Lunier, *en principe*, tous les aliénés comme dangereux, mais je m'empresse d'ajouter qu'*en fait* il y a d'assez nombreuses exceptions. »

C'est que, Messieurs, vous êtes avant tout des observateurs consciencieux et la vérité des faits s'impose à vos esprits, alors même qu'une fausse doctrine tendrait à les égarer; car non, mille fois non, il n'est pas vrai que tous les malades soient susceptibles de commettre des crimes ; non, mille fois non, il n'est pas vrai qu'ils aient tous la virtualité criminelle. L'expérience de tous les jours, la vôtre même, proteste contre une telle assertion, puisque, à peine l'avez-vous émise, que vous cherchez à fixer les caractères spéciaux des aliénés criminels et demandez encore pour eux une loi d'exception. La distinction des malades en inoffensifs et dangereux est la base même de l'organisation intérieure des asiles, elle répond donc à un fait d'observation journalière. Si la théorie était vraie, si le crime n'était pas exclusif d'une certaine catégorie de délirants, un tel groupement ne serait pas justifié. Et puis, qui n'a connu de ces malades, aussi inoffensifs qu'exaltés, qui respectent la personne humaine au milieu de leurs égarements les plus grands, de leurs emportements les plus violents? Il n'est pas jusqu'à certains épileptiques, réputés les plus terribles de tous les aliénés, qui ne tranchent sur leurs

camarades par leur douceur; Lunier, avec raison, les a signalés parmi les exceptions de fait à son principe. Enfin, ils sont légions ces malades qui ont vécu toute une vie de folie, qui, pendant vingt et trente ans, ont parcouru tous les degrés de l'aberration la plus complète et souvent la plus terrible, et meurent innocents de toute violence, même de toute tentative de violence. Il est donc des aliénés, et en grand nombre, qui jamais ne sont criminels, qui jamais ne présentent aucune tendance à l'être, et cela dans toutes les formes mentales. Dès lors, le crime apparaît comme indépendant de la folie, comme quelque chose de surajouté à elle dans certains cas.

Cette distinction entre la criminalité et l'aliénation qui constitueraient deux modalités distinctes, quoique passibles de se rencontrer ensemble chez le même sujet, cette distinction a été combattue ces temps derniers par le fondateur de l'anthropologie criminelle. M. Lombroso, après des hésitations et des tâtonnements, s'est enfin avec hardiesse prononcé pour l'identité du criminel-né, du fou moral et de l'épileptique. J'ai rendu, au début de cette communication, pleine justice au célèbre professeur de Turin; je n'en suis que plus à l'aise pour m'élever contre cette partie de sa doctrine qui, bien qu'elle ait trouvé deux défenseurs dans M. Sergi et M. Virgilio en Italie et dans M. Laurent en France, ne tend à rien moins qu'à obstruer la route qu'il a lui-même découverte. Cette erreur tardive de M. Lombroso tient à la méthode qu'il a suivie. Comparant les prisonniers aux fous moraux et aux convulsifs, il trouve entre eux des ressemblances physiques et psychiques; soit, mais le chef de l'école italienne a omis une sélection indispensable, car nombre de criminels, jugés et condamnés comme tels, sont en réalité précisément atteints de folie morale et d'épilepsie. Pour moi, je ne doute pas que la proportion dans laquelle M. Lombroso a retrouvé cette identité des caractères du corps et de l'esprit, ne corresponde à la proportion de ces aliénés victimes d'erreurs judiciaires. Mais il est un autre argument plus général, tiré de l'histoire et de l'évolution de l'humanité, qui milite et victorieusement contre l'assimilation de la criminalité et de la folie : le crime fut à l'origine un acte régulier, permis et souvent légalement

organisé, dont la trace se retrouve même dans la législation actuelle avec le droit de mort accordé au mari outragé, durant la confection de son déshonneur. Or, l'humanité a marché dans la voie du progrès et de la fécondité, tandis que la folie morale et l'épilepsie engendrent la décadence et la stérilité. Si aux fruits on reconnaît l'arbre, la question est jugée.

La criminalité et l'aliénation ainsi isolées, l'anthropologie criminelle nous fournira leurs origines et leurs conditions.

L'espèce humaine, messieurs, comme toutes les espèces animales, est sujette à trois variations, à cette seule différence que les modifications mentales seront plus marquées et d'une importance capitale chez elle en raison du développement considérable de son psychique. Par la première de ces trois variations, l'espèce se fortifie et s'améliore; par la seconde, au contraire, elle s'affaiblit et se dégrade; par la troisième, elle revient en arrière : c'est le perfectionnement, la dégénérescence, la régression. Ces trois variations ont leurs stigmates physiques et mentaux. Les formes harmoniques et symétriques, tels seront les caractères du corps dans la première, en même temps que les facultés mentales auront un égal développement et que les diverses sensibilités, sensations et émotivités obéiront en esclaves dociles. Le sujet ainsi organisé, maître de lui, bien armé pour la lutte, marchera de l'avant et triomphera : ce sera l'homme fin de siècle. Avec la seconde variation, la désharmonie et l'asymétrie se montrent dans la conformation corporelle, tandis qu'à côté de brillantes dispositions intellectuelles existent d'étonnantes lacunes, et que la réaction étant disproportionnée à l'impression, l'émotivité prédomine et s'impose à la volonté impuissante, tant que de chute en chute l'espèce s'éteint aussi bien au physique qu'au psychique : le sujet ainsi touché sera l'homme dégénéré. Avec la troisième variation, le type des races disparues reparaît : on a l'anthropologie, la physiologie et la psychologie des premiers hommes. Ce n'est pas seulement la conformation de l'habitant des cavernes, avec une barbe rare, des cheveux abondants, des sinus frontaux et des zygomes énormes, une mâchoire solide à appendice lémurien, des oreilles en

anse, des orbites aussi vastes qu'éloignés et une envergure immense, ce sera son mancinisme, son analgésie et son agilité, ce seront ses goûts et ses instincts, l'impatience de tout frein, l'impossibilité de se soumettre aux lois et aux exigences sociales; le sujet ainsi ramené en arrière sera l'homme criminel. Telles sont, en quelques mots, à mon avis, les origines et les conditions organiques de l'aliénation et de la criminalité.

Certes, si les distinctions étaient aussi tranchées, aussi pures de tout alliage que je viens de le dire, je suis certain, messieurs, qu'il n'y aurait parmi nous aucun désaccord. Qui refuse de reconnaître dans l'idiot impuissant un dégénéré? Mais avant d'aboutir à ce terme ultime de la dégradation de l'espèce, la nature, comme toujours, procède par degrés; de là entre les deux points extrêmes de départ et d'arrivée une longue série de cas intermédiaires, à signes peu marqués, cas qui engendrent toutes les discussions et sur lesquels vous n'avez pu vous mettre d'accord, il y a trois ans à peine. Ce qui est vrai de la dégénérescence, l'est également de la régression. En face d'un vrai criminel-né, il n'est pas plus possible de nier celle-ci qu'en présence d'un idiot, de nier celle-là; car le criminel-né est à la régression exactement ce qu'est l'idiot à la dégénérescence. Je connais un médecin, absolument réfractaire à l'anthropologie criminelle, mais observateur consciencieux et homme de bonne foi, qui, après avoir vu la tête d'Esposito, le brigand exécuté à Aix, se déclara convaincu. Mais ici, plus encore que tout à l'heure, les cas intermédiaires prêtent à la controverse, car le rôle des milieux est plus grand et les tendances régressives plus universellement répandues que les tendances dégénératives. Il y a des hommes privilégiés qui ne comptent parmi leurs ancêtres aucun névropathe; sans exception, nous avons eu pour aïeux des assassins, des incendiaires et des voleurs, puisque nous sommes rattachés par une chaîne ininterrompue d'ascendants à ces premiers hommes qui assassinaient, incendiaient et volaient pour eux-mêmes et les leurs. Or, rien de ce qui a existé ne se perd et notre encéphale contient à l'état plus ou moins latent, selon les individus, toutes les manières d'être de nos pères, de sorte qu'il est rigoureusement exact de dire, en

s'emparant d'un vers célèbre et en l'adaptant au sujet, que tout homme porte en son cerveau un criminel qui sommeille, dont le réveil dépend et du degré de cette léthargie et de l'intensité de l'excitant. Bien que comparaison, d'après le proverbe, ne soit pas raison, permettez-moi celle très commune, mais aussi exacte que vieille, du charbon qui brûle sous la cendre : ils représenteraient : lui, le feu criminel que nous portons tous en nous de par droit d'héritage ; elle, les acquisitions de la civilisation. Selon que le foyer sera plus ou moins ardent, la couche qui le recouvre plus ou moins épaisse, il faudra des causes extérieures plus ou moins puissantes pour dégager la flamme qui jaillira, une ou plusieurs fois, selon les circonstances et leur répétition. De même, selon les tendances transmises, les perfectionnements acquis, les milieux, naîtra plus ou moins facilement le crime d'occasion ou le crime d'habitude. Aussi, par un concours extraordinaire de faits, l'homme le plus honnête deviendra criminel, peut-être vous, peut-être moi, de même qu'une mince étincelle cachée au fond d'un profond cendrier est mise à nu par un grand vent ; tandis qu'à tel autre, il suffira d'un accident vulgaire, comme il suffit d'ordinaire d'agiter légèrement un foyer pour le faire briller. On voit le rôle considérable des influences extérieures dans la genèse de la criminalité et on comprend qu'il ait si longtemps absorbé toute l'attention au point d'en cacher la véritable origine. Mais les cas extrêmes, les criminels-nés qui offrent dans toute leur intensité les stigmates physiques et psychiques de la régression, qui tirent tout d'eux-mêmes et rien des milieux, véritables anachronismes pour leur époque, jettent une vive lumière sur les cas intermédiaires constitués par la criminalité dite d'occasion et d'habitude, de même que, je ne saurai trop le répéter, l'idiotie est la justification des folies dégénératives qui en sont les précurseurs.

Mais il y a, en outre, les combinaisons entre elles des diverses variations de l'espèce qui viennent encore accroître les difficultés et affaiblir la valeur des signes en les mélangeant ; néanmoins une observation attentive et impartiale arrive à les grouper. Ainsi la dégénérescence est parfois partielle, s'alliant à certaines facultés d'un

développement exceptionnel, ce qui a permis de dire à un savant illustre, longtemps une des gloires de votre Société, que le génie était une névrose. Ces mêmes brillantes qualités de l'esprit s'associent parfois à la régression, de là ces scélérats en même temps artistes distingués ou savants profonds. Enfin la dégénérescence, d'autres fois, se rencontre chez le même sujet avec la régression ; de cette rencontre précisément naît l'aliéné criminel. Chez lui on trouvera donc en même temps que les stigmates physiques et psychiques du dégénéré, ceux du régressif, de telle sorte qu'au défi de Belloc : Quels sont les signes distinctifs de la criminalité dans la folie? la réponse est : Les signes de régression ; l'aliéné criminel, c'est le dégénéré régressif.

Se conformer, Messieurs, à ces conclusions formulées par l'anthropologie criminelle, aura l'immense avantage de permettre d'espérer une solution positive à la place des à peu près actuels. Jusqu'ici le pronostic des dangers dans la folie se tirait du milieu, de la forme mentale et de son évolution, enfin du caractère antérieur du malade. De ces trois éléments d'appréciation, un seul a une valeur absolue, le dernier, et il rentre justement dans le cadre de l'anthropologie criminelle parmi les stigmates psychiques de régression. Je ne nie pas l'influence des milieux, mais elle ne sera dans tous les cas qu'occasionnelle et ne permettra jamais de se prononcer avec certitude sur l'étendue des risques auxquels elle expose un malade. Quant aux formes mentales et à leur évolution, j'ai montré il y a un instant qu'on les rencontrait toutes chez les aliénés les plus dangereux et chez les aliénés les plus inoffensifs. Seul donc le caractère antérieur décrit par M. Falret, caractère de violence et de révolte, par cela qu'il trahit la régression, est un indice certain ; les faits cliniques d'ailleurs sont là pour le prouver et réfuter l'assertion de M. Christian que certains sujets deviennent meilleurs sous l'influence de leur maladie mentale, à l'inverse des jeunes filles chastes que le mal transforme en Messalines. La vérité est que la folie porte à leur apogée les dispositions criminelles antérieures, aussi les condamnés devenus aliénés sont-ils les pires des malades, comme l'a constaté Mayer de Broadmor, comme M. Brunet a répondu à M. Chris-

tian, d'après l'observation des prisonniers de Gaillon évacués à l'expiration de leur peine sur l'asile d'Evreux, où j'ai eu moi-même l'occasion de les étudier durant six mois en qualité de médecin-adjoint de cet établissement. J'en conclus qu'il n'est aucune différence entre l'aliéné criminel et le criminel devenu aliéné ; ce sont deux êtres à la fois dégénérés et régressifs ; seulement, chez l'un, c'est la régression qui a agi avant la dégénérescence ; chez l'autre, la dégénérescence avant la régression.

Si les stigmates psychiques régressifs, relevés dans le caractère avant la maladie, sont une donnée précieuse, les stigmates physiques ont une valeur bien plus considérable ; car de même que, dans certains cas, la prédisposition vésanique reste latente jusqu'à l'éclosion de la folie et que les signes physiques de dégénérescence sont seuls alors à indiquer le danger auquel le sujet est exposé, de même la régression, soit par un fait naturel, soit par des efforts de volition, se tient cachée, et la conformation anthropologique est ainsi le seul indice révélateur. Il serait donc d'un intérêt palpitant d'être rigoureusement fixé sur ces stigmates physiques de régression. J'aurais été heureux de vous garantir ceux que j'ai énumérés tout à l'heure, s'il n'était imprudent de rien affirmer d'une science qui naît à peine et qui n'a pu encore donner toute sa mesure. D'ailleurs, je vous ai promis en commençant de vous fournir des indications, de vous indiquer la route qui, à mon avis, mènera à la découverte complète de la vérité, je ne vous ai point promis cette entière vérité. En tout cas, il est certain que de longtemps encore, peut-être même de tout temps, rien ne sera ajouté aux magistrales données cliniques de Lunier et de M. Falret. Rester sur ce terrain qu'ils ont remué jusque dans ses moindres recoins et qu'ils ont épuisé, c'est nous condamner à l'impuissance. Abondante, au contraire, semble la moisson promise par l'anthropologie criminelle. Pourquoi ne pas essayer de la glaner, d'autant que, je le répète, il n'y a plus rien à extraire des vieilles méthodes ? Pour ma part, Messieurs, voilà bientôt quatre ans que j'observe dans ce sens et, si je ne me crois pas encore autorisé à vous apporter des résultats définitifs, du moins, je me sens encouragé à persévérer, d'autant plus que j'ai entrepris ces études

non par une pensée préconçue, mais attiré par l'évidence de faits que le hasard plaça sous mes yeux. Je venais d'analyser pour les *Annales* la dernière édition italienne de l'*Uomo delinquente* quand, nommé médecin en chef à Marseille, en 1887, je fus surpris de rencontrer chez nombre d'aliénés de mon nouveau service les stigmates physiques de la criminalité que j'avais trouvés dans le livre de M. Lombroso. Intrigué, je m'occupai de ces malades. Jugez, Messieurs, de mon étonnement quand j'appris par leurs dossiers qu'ils provenaient tous des pénitenciers de l'Algérie et de la Corse : c'étaient des forçats devenus aliénés. Depuis lors, maintes et maintes fois, je vous le jure, j'ai retrouvé les signes de la criminalité, soit sur des aliénés criminels soit sur d'autres qui n'avaient commis aucun forfait avant leur isolement, mais qui, dans l'établissement, étaient éminemment dangereux. Cherchez et vous trouverez, enseigne la sagesse. Eh bien! Messieurs, cherchons, peut-être nous trouverons.

Je n'ai plus longtemps à retenir votre attention. Je serai bref sur la nécessité des *asiles spéciaux* qui vous ont tant occupé, depuis que, le premier en France, Brierre de Boismont les réclama, il y a près d'un demi-siècle. Je tiendrai tout d'abord à remarquer que le grand argument contre ces établissements, l'argument fondamental tiré de la virtualité criminelle de tous les aliénés, de leur ressemblance absolue, qu'ils aient commis ou non des crimes, se trouve détruit par l'anthropologie criminelle. Il devient naturel de mettre à part les dégénérés régressifs, puisqu'ils constituent une catégorie propre, bien distincte des dégénérés simples. J'ajouterai qu'il importe en cette matière de nous méfier du sentiment qui a tiré des larmes et des gémissements, simultanément, et des partisans et des adversaires de la création demandée, les premiers sur la répulsion inspirée aux familles et même aux malades par une promiscuité blessante, les seconds sur l'éloignement imposé aux aliénés ainsi transportés loin des leurs. Plus sérieuses en apparence, sont deux autres objections dont j'en ai déjà réfuté une, à propos de la prétendue douceur et de la non moins prétendue discipline des aliénés criminels dans l'intérieur des asiles. L'autre objection est contenue

dans le rapport de M. Bourneville à la Chambre des députés, et vise le petit nombre des aliénés ayant commis des crimes; car notre collègue ne veut dans l'asile spécial, ni des criminels devenus aliénés, pour lesquels on a créé Gaillon, ni des aliénés n'ayant rien perpétré avant leur isolement, mais reconnus ensuite très dangereux, car il est craindre, dit-il, que les médecins ne se laissent entraîner par les surveillants ou les religieuses à se débarrasser des malades difficiles à soigner, et sujets à se livrer à des actes de violence. A mon avis, Messieurs, et je suis en cela conforme à la doctrine de l'anthropologie criminelle, les asiles spéciaux doivent hospitaliser tous les aliénés régressifs, quel que soit leur passé, que l'acte ait précédé ou suivi la folie, qu'il ait été antérieur ou postérieur à la séquestration, même s'il n'y a que tendances criminelles, mais marquées et indiscutables; car il est, en effet, inutile d'attendre un malheur; le mieux est de le prévoir. Quant aux craintes de M. Bourneville relativement aux abus possibles, elles sont de nature à inspirer des mesures pour les empêcher, mais elles ne sauraient militer contre le principe même de l'institution. Et ne croyez pas, messieurs, que je veuille pour cela encombrer les asiles spéciaux; j'estime, au contraire, qu'une distinction est à établir entre l'aliéné dangereux et l'aliéné régressif. Beaucoup de malades, tels les déments et les paralytiques généraux, pour ne citer que ceux-là, sont souvent un danger par inconscience ou irritabilité poussée à bout, non par régression; qu'ils commettent un acte répréhensible, leur place sera quand même dans l'asile ordinaire, où, surveillés et dirigés, ils seront inoffensifs.

Les aliénés criminels ou dégénérés régressifs doivent donc être rigoureusement séparés des autres, à cause de leurs mauvais instincts, de leur esprit de révolte et d'indiscipline, qui troublent la tranquillité et obligent de restreindre la liberté, que sans eux, on accorderait. Aussi, si on discute encore sur le meilleur moyen d'opérer cette séparation, sur elle l'accord est quasi unanime. Pour la réaliser, le choix est entre l'asile spécial et le quartier spécial. Ce dernier système a été organisé, nous apprend M. Bourneville, à l'asile public de Saint-Robert, près Grenoble. Notre distingué collègue, le Dr Dufour,

devrait bien, puisque nous discutons cette grosse question, nous communiquer ses impressions avec les résultats obtenus. C'est ce système que recommande M. Bourneville, de préférence à l'asile spécial. Je doute qu'il procure à l'aliéné criminel autant de bien-être et de latitude que celui-ci. D'un autre côté, le voisinage des autres malades, plus favorisés, excitera mille jalousies et suscitera plus d'une rébellion. L'aliéné criminel réclamera sa part des mêmes libéralités et des mêmes joies; il essaiera de les prendre de force si on les lui refuse. Jusqu'à preuve contraire, je suis donc pour les asiles spéciaux.

Je serai plus bref encore sur la *législation*. Les devoirs de la société sont nettement déterminés par les trois variations de l'espèce qu'établit l'anthropologie, et sont : aide pour le progressif, assistance pour le dégénéré, répression pour le régressif. Dès lors, l'aliéné criminel qui est tout à la fois un dégénéré et un régressif, recevra l'assistance et subira la répression; à l'être malade, des soins; contre l'être malfaisant, des mesures rigoureuses. Et comme la dégénérescence relève du médecin, tandis que la régression tombe sous le coup du magistrat, il en résulte que les dispositions pour et contre ce malade spécial doivent être médicales et judiciaires. La nouvelle loi votée par le Sénat, et soumise en ce moment même à la Chambre des députés, répond-elle à ces exigences? Elle établit tout d'abord une distinction que j'ai déjà combattue il y a un instant, entre le criminel devenu aliéné et l'aliéné devenu criminel. Je vous ai dit que ces deux hommes ne différaient entre eux que par l'époque différente de la mise en activité des deux prédispositions existant en eux. En second lieu, elle confie au pouvoir administratif le placement dans les asiles spéciaux. En acceptant qu'il soit bon, disposition que pour ma part j'ai repoussée en 1887, que les préfets prononcent l'isolement dans les asiles ordinaires, il est impossible de leur reconnaître ce droit dans le cas en question; car, je le répète, le régressif appartient à la justice comme le dégénéré à la médecine; la séquestration et la mise en liberté de l'aliéné criminel ne sauraient donc regarder qu'eux seuls. Je ne peux pas davantage accepter la navette qu'établit la loi en autorisant le

ministre de l'intérieur à renvoyer dans l'asile de son département les malades de l'asile spécial. L'aliéné reconnu régressif et placé comme tel dans ce dernier établissement, n'en devra sortir que pour rentrer dans le monde. J'estime tout aussi indispensable qu'en Cour d'assises, la question de folie soit posée aux jurés. Car si ces juges aussi fantaisistes qu'éphémères n'ont pas la certitude absolue que l'homme qui a terrorisé leur commune sera mis dans l'impossibilité de recommencer, ils continueront comme aujourd'hui à condamner sciemment des malades pour se mettre à l'abri.

Enfin, messieurs, imitant le courage de M. Christian, je demanderai que la sortie de l'aliéné criminel soit entourée de difficultés telles, que sa mise en liberté, même après guérison dûment constatée, devienne exceptionnelle. C'est qu'à mon avis, la régression est le pire ennemi de la civilisation et du progrès, une ennemie à combattre par la société sans trêve ni merci. S'allie-t-elle à la dégénérescence pour constituer l'aliéné criminel, voyons d'abord le malade, assistons-le; mais, par grâce, n'oublions pas le régressif qui est en même temps en lui, soignons l'un avec zèle et dévouement, gardons-nous de l'autre avec prudence et rigueur. L'infortuné qui a cette double tare est un homme perdu, il recommencera demain ce qu'il a accompli hier, malgré toutes les apparences d'une guérison complète et définitive, et il est juste que l'intérêt général ait le pas sur l'intérêt particulier. Je puis encore invoquer, pour justifier à vos yeux la grande sévérité des mesures que nous réclamons, l'opinion d'Aubanel, qui, après trente ans de pratique à l'asile et dans les prisons de Marseille, a écrit que l'aliéné criminel, principalement l'aliéné homicide, ne devait jamais être rendu à la liberté; aussi l'opinion de Lunier, qui a répondu à M. Christian qu'il penserait comme lui, n'était la crainte de bouleverser la législation existante. Cette législation, on est précisément en train de la bouleverser, profitons-en, du moins, pour en tirer les meilleurs profits.

Voilà, Messieurs, ce que j'avais à vous dire sur la responsabilité, les caractères spéciaux, l'hospitalisation et la législation des aliénés criminels. D'aucuns trouveront peut-être que j'ai l'esprit chimérique; comme toujours

j'ai parlé avec la plus entière franchise et la plus grande bonne foi; honni soit qui mal y pense.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

SÉANCE DU 23 MARS 1891.

Présidence de M. TH. ROUSSEL.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance et présentations d'ouvrages.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Bouchereau s'excusant de ne pouvoir assister à la séance, par suite d'un deuil de famille ;

2° Une lettre de M. le professeur Obersteiner, de Vienne, remerciant la Société des sentiments de condoléance qu'elle lui a adressés à l'occasion de la mort de son père ;

3° Des lettres de remerciements de MM. Delaporte et Dumaz, nommés membres correspondants dans la dernière séance ;

4° Des lettres de candidature au titre de membre titulaire de MM. Déricq, Huet, Semelaigne et Sérieux.

5° Une lettre de candidature au titre de membre correspondant de M. Beugnies-Corbeau, de Givet (Ardennes). — Commission : MM. Delasiauve, Mitivié et Vallon, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend :

1° Le numéro de mars de la *Revue d'hypnotisme ;*

2° Le n° 3 des *Annales de psychiatrie et d'hypnologie ;*

3° *Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe de* 1889-1890 ; *ses rapports avec l'aliénation mentale*, par le Dr Albert Leledy, interne à l'asile de Bourges. — L'auteur de cette thèse envoie son travail pour le concours du prix Moreau (de Tours).

Élection de la commission des membres titulaires.

Il est procédé au scrutin secret pour la nomination d'une commission de trois membres, chargée de présenter une liste de candidats pour les places vacantes de membres titulaires.

Ont obtenu, sur 28 votants :

MM.	FALRET.	20	voix.
	Gilbert BALLET.	19	—
	Jules VOISIN.	19	—
	MAGNAN	9	—
	Marcel BRIAND.	8	—
	Paul GARNIER.	4	—
	SAURY	3	—
	BLANCHE.	1	—
	DAGONET	1	—
	MARANDON DE MONTYEL.	1	—
	RITTI.	1	—

En conséquence, MM. Falret, Gilbert Ballet et J. Voisin, ayant obtenu la majorité, sont nommés membres de la commission des membres titulaires.

Rapport de la commission du buste de Baillarger.

M. VALLON. — Messieurs, la Commission que vous avez nommée dans la dernière séance s'est réunie deux fois et s'est ainsi constituée :

Président, M. Blanche.

Trésorier, M. Mitivié.

Secrétaire, M. Vallon.

Après délibération, la Commission a arrêté les points suivants, qu'elle vous demande de ratifier :

1° Il est ouvert par la Société médico-psychologique une souscription à l'effet d'élever un buste à Baillarger.

2° Ce buste sera placé à la Salpêtrière, où s'est déroulée la plus grande partie de la vie scientifique de Baillarger.

3° L'emplacement sera choisi dans les jardins, de telle sorte que l'hommage soit aussi public que possible.

La Commission vous propose en outre d'envoyer la

liste de souscription à tous les médecins et directeurs des asiles publics et privés.

Enfin, votre Commission a pris l'initiative de demander le concours de l'Académie de médecine, dont Baillarger avait été président ; une liste de souscription y est déjà ouverte.

Les conclusions de ce rapport sont successivement mises aux voix et adoptées.

Les aliénés dits criminels (suite).

M. Christian. — Messieurs, je n'avais nullement l'intention de rentrer dans la discussion sur les *aliénés criminels*. Sur ce sujet, qui revient périodiquement, je ne possède aucun argument nouveau. Ce que je pense à cet égard, j'ai eu l'honneur de le dire ici même, devant vous, en 1881, et ma manière de voir n'a pas changé depuis cette époque. Non pas par entêtement, je vous prie de le croire ; mais simplement parce que je n'ai rien lu, ni rien observé, qui ait été de nature à modifier mes convictions.

Me voilà cependant forcé de sortir de la réserve que je voulais garder, et la faute en est au brillant orateur que vous avez entendu dans la dernière séance. M. Marandon de Montyel m'a pris directement à partie. Je ne saurais m'en plaindre; c'est un honneur qu'il m'a fait et auquel je suis sensible. Mais, si flatteur qu'il soit pour un auteur d'être lu et critiqué, encore faut-il que son texte soit respecté, que sa pensée soit fidèlement rendue. Je crains que M. Marandon de Montyel n'ait poétisé et amplifié ma prose, et j'espère vous le démontrer, si vous voulez m'accorder pour quelques instants votre attention.

L'une des raisons qui font que la discussion sur les *aliénés criminels* s'éternise, c'est que l'on ne s'entend pas sur la signification exacte du mot. On comprend sous la même rubrique, et les aliénés qui, sous l'influence de leur délire, ont commis un crime, et les individus condamnés pour crimes et devenus aliénés après leur condamnation, dans la prison où ils subissent leur peine.

Y a-t-il une différence entre les deux espèces d'alié-

nés? Au point de vue légal, administratif, peut-être. J'admets même qu'au point de vue des convenances sociales, il puisse y avoir un inconvénient à les mélanger. Mais au point de vue médical, le seul en définitive auquel nous nous plaçons actuellement, je nie qu'il y ait rien qui permette de les distinguer.

M. Marandon de Montyel dit « que la folie porte à leur apogée les dispositions criminelles antérieures ». Mais c'est là une simple affirmation, dont la preuve reste à faire. Comment la concilier avec cette autre théorie, dont notre collègue, je crois, est également partisan, que la paralysie générale rend les malades bienveillants? Il n'est pas interdit, que je sache, aux criminels, de devenir paralytiques généraux, et ce serait déjà là une exception à la règle.

Pour moi, je crois, aujourd'hui comme en 1881, que la folie peut avoir pour résultat de « changer complètement la manière d'être habituelle de l'individu ».

« Nous voyons, disais-je, journellement des hommes qui, jusque-là, ont donné l'exemple d'une vie irréprochable, s'abandonner d'une manière irrésistible aux tendances les plus fâcheuses, pour peu que la folie se soit emparée d'eux. Et ces jeunes filles, absolument chastes, qui tout d'un coup, sous l'influence d'un accès de manie, se livrent à un dévergondage de paroles et d'actions que vous ne trouveriez pas, même chez une fille publique!

« Vous ne pouvez donc jamais préjuger avec certitude de ce que sera un aliéné d'après son passé *raisonnable*. Et tout aussi bien que l'homme vertueux se changera en monstre, vous pouvez voir le criminel le plus endurci se transformer en aliéné parfaitement doux, absolument inoffensif (1). »

Voilà, Messieurs, textuellement, ce que je vous disais il y a dix ans. Suivant M. Marandon de Montyel, j'aurais émis l'assertion « que certains sujets deviennent meilleurs sous l'influence de leur maladie mentale, à l'inverse des jeunes filles chastes que le mal transforme en Messalines? »

J'ai le droit de déclarer que c'est là une traduction

(1) *Ann. méd.-psychol.*, mars 1882, p. 281.

absolument fantaisiste de ma pensée. Car je n'ai jamais prétendu autre chose que ceci, que l'aliéné est toujours le même aliéné, quel que soit sa provenance; qu'en outre, les symptômes observés chez un aliéné quelconque ne permettent jamais de dire avec certitude ce que le malade a été dans son passé.

M. Marandon de Montyel me critique aussi d'avoir prétendu que *tous* les aliénés peuvent devenir criminels, qu'ils ont tous la *virtualité* criminelle. Il faut nous entendre. Qu'appelle-t-on *crime?*

Je prends la définition de Littré, et je lis : « Très grave infraction à la morale ou à la loi, ou punie par les lois, ou réprouvée par la conscience. »

Si vous acceptez cette définition, n'est-il pas évident qu'à tout instant, tout aliéné, par le fait seul de son délire, peut devenir criminel, c'est-à-dire commettre un acte qualifié crime? « Ils n'ont plus, disais-je, la notion du bien et du mal; ils n'obéissent qu'à leurs instincts et à leurs impulsions ; ils sont incapables de considérer les conséquences éloignées de leurs actes. » (*Loc. cit.*, p. 281.)

En parlant ainsi, je n'ai rien inventé, je n'ai exprimé qu'une vérité banale. S'il en était autrement, serait-il nécessaire d'enfermer les aliénés, de les priver de leur liberté? Oui, je prétends qu'il faut se méfier de tous les aliénés, quels qu'ils soient, parce que tous, à un moment donné, peuvent devenir dangereux; je ne crois à la bienveillance d'aucun d'entre eux, pas même des paralytiques généraux. Et, si je ne craignais d'allonger cette communication, je pourrais vous citer quantité d'exemples à l'appui de cette opinion.

Mais en voilà assez sur ce qui m'est personnel dans cette discussion. Aussi bien la question des aliénés criminels semble n'avoir été pour M. Marandon de Montyel que motif à dithyrambe sur l'anthropologie criminelle. Si l'on devait juger la valeur d'une doctrine d'après l'ardeur et l'enthousiasme de ses néophytes, l'anthropologie criminelle serait déjà une science assise sur des fondements indestructibles. En est-il ainsi? Faut-il donc que je rappelle à M. Marandon de Montyel une chose qu'il sait aussi bien que moi, que tout ce que découvre et enseigne l'École italienne de

Lombroso, se trouve dans Gall et aussi dans Lavater? Faites la différence des temps, du langage, des procédés scientifiques, et voyez si véritablement on a ajouté quelque chose à l'œuvre de Gall! Lui aussi avait trouvé le type criminel. Il palpait la tête, notait les saillies et les dépressions, et tirait l'horoscope du patient : « Toi, « tu seras mathématicien ; toi, poète ; toi, malheureux, « tu voleras ou tu assassineras. »

Les prétentions de l'anthropologie criminelle sont les mêmes : jusqu'à présent elle les a aussi peu justifiées. Rappelez-vous les longues discussions sur le crâne de Charlotte Corday : les maîtres les plus autorisés sont restés divisés sur le point de savoir si la fossette occipitale moyenne existait ou non, et il paraît que la chose est de haute importance.

S'agit-il du *type criminel?* On affirme qu'il existe; on remplit de gros volumes d'une multitude de faits disparates, recueillis au hasard, sans critique, et quand, après avoir réuni ainsi un monceau de documents, il s'agit de conclure, on s'arrête et l'on est bien forcé de s'arrêter, car la conclusion n'est pas possible. Il ne suffit pas de s'écrier sur le mode lyrique : « Je vois, je sais, je crois! » la moindre preuve scientifique serait bien plus utile et plus probante. Et à ce propos je ne puis m'empêcher de faire un reproche à M. Marandon de Montyel. Notre collègue nous a raconté qu'à son arrivée à l'asile de Marseille, il fut frappé de la physionomie particulière d'un certain nombre des aliénés de son service, ayant d'ailleurs tous les plus mauvais instincts. Il s'informe, consulte leurs dossiers; et il se trouve que tous ces malades étaient d'anciens forçats, des criminels devenus aliénés. N'était-ce pas là une occasion unique, inespérée, de tirer enfin la chose au clair, de nous donner le signalement exact de ces malheureux, et de nous dire : Voilà exactement comment est le criminel aliéné. Quel service M. Marandon de Montyel nous aurait rendu à tous, et quel argument irréfutable à l'appui de sa théorie! Nous saurions, à simple vue, quels sont les aliénés dont nous aurions à nous méfier, et cela éviterait certainement la plupart des accidents : neuf fois sur dix, le coupable est un aliéné dont on ne se méfiait pas.

Un mot encore et j'ai fini. Que M. Marandon de Montyel ne s'imagine pas que je sois opposé aux doctrines de l'Ecole italienne parce qu'elles heurteraient mes croyances sur la responsabilité, la liberté morale, etc. Nullement. Je fais abstraction de tout ce qui m'a été enseigné sur ces questions, et de tout ce que j'ai pu en penser. Mais quand on vient apporter un dogme nouveau, quand on a la prétention de faire table rase de tout ce qui existe, je suis en droit de me montrer exigeant sur les preuves, et de ne rien accepter qui n'ait été absolument, scientifiquement démontré.

L'école nouvelle en arrivera-t-elle là? Je le souhaite. Mais, si je dois dire toute ma pensée, je crains bien qu'elle n'ait plutôt le sort de Gall, qui était cependant un physiologiste de premier ordre et dont les travaux sur le système nerveux ont été absolument remarquables. Gall est tombé dans l'oubli parce qu'on n'a voulu voir en lui que l'inventeur de la phrénologie. Il en arrivera de même à la nouvelle école, si elle continue à bâtir sur des hypothèses.

Deux cas de paralysie générale et un cas de manie aiguë, à début fébrile, simulant une pyrexie franche.

M. Ritti. — Messieurs, M. le Dr Beugnies-Corbeau, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société m'a envoyé, outre de nombreux travaux imprimés, qui seront examinés par la Commission que vous avez nommée au commencement de la séance, un Mémoire manuscrit, contenant trois observations intéressantes : deux de paralysie générale et une de manie aiguë à début fébrile, simulant une pyrexie franche. Je vais vous donner lecture du travail de notre confrère :

Deux cas de paralysie générale. — Le diagnostic de la paralysie générale avant la période éclatante du délire, est souvent si difficile à faire que beaucoup de médecins, quelquefois même des spécialistes, passent à côté sans l'avoir pressenti. Du reste, s'il y a un type de délire ambitieux, il en existe autant de variétés qu'il y a de malades. A cet égard, chaque observation porte avec elle son estampille distincte.

J'en vais rapporter deux qui sont intéressantes à lire comme des romans, mais des romans lugubres.

Observation I. — La première vise un homme dont l'âge était voisin de la cinquantaine. Et à ce propos, une remarque qui a dû être faite sans doute avant moi, c'est que la paralysie générale est une affection à prédominance masculine.

Cet homme, très robuste quoique petit, et d'une santé toujours parfaite, a les meilleurs antécédents de famille possibles. Son père, maigre et vigoureux, vient de succomber à soixante-quinze, en pleine possession de toutes ses facultés. Sa mère, d'une intelligence moyenne, existe encore aujourd'hui.

Vers la vingtième année, il contracte une syphilis, que, l'épouvante aidant, il soigne avec la plus grande persévérance, sous le contrôle des meilleurs spécialistes de Paris.

Vingt-neuf ans se passent. Cet homme lancé dans les grandes affaires devient un peu irascible, a des excitations nerveuses assez violentes, est un peu toujours en effervescence.

On consulte un médecin distingué qui formule une réponse banale. Quelques jours plus tard, perte de connaissance qui dure quatre ou cinq minutes et qui, au réveil, laisse derrière elle un embarras très marqué de la parole, que nous retrouverons maintenant d'une manière indélébile jusqu'à la fin de cette histoire. Le même médecin est rappelé, soigne son malade pendant quelque temps, ne voit dans tout ce qui vient de se produire que des phénomènes vulgaires, sans importance, et tient sur les derniers vestiges du mal qui persistent encore, un langage dans lequel la famille puise la plus entière quiétude.

J'avais de grandes relations amicales et des correspondances suivies avec cette famille. Une lettre m'apprend la catastrophe; d'autres, les différentes péripéties par lesquelles on passe. Enfin, on me fait le tableau des misères intimes et j'y trouve des détails si étranges (excentricités, manie des achats, des constructions, gaspillages d'argent), que j'invite l'intéressé à venir prendre des vacances chez moi. Une étude minutieuse et patiente, où je le passai au crible des pieds à la tête et de l'épiderme jusqu'au fond de son être moral, me livre les éléments ci-contre : la jambe gauche traîne un peu. Elle est parésiée. Le malade ne peut plus faire de très longues marches, sans être à bout. La parole est embarrassée, mais il n'y a point de paralysie faciale, ni linguale, ni pharyngienne. Le larynx lui-même est intact. Quand je demande à mon hôte pourquoi il bredouille, il me dit que sa langue ne se meut pas assez vite pour ses idées. Et il ajoute : « *Je bafouille bien plus quand on me contrarie. C'est un reste de mon attaque.* » J'ex-

plore incontinent les autres domaines de son cerveau, je trouve des lacunes dans la mémoire, et des obstinations opiniâtres à propos de vétilles ou de choses absolument erronées. J'écris un petit problème d'arithmétique et j'en demande la solution. On me la donne inexacte. Je prie de vouloir bien faire la preuve; seconde solution, différente, mais aussi inexacte que la première. Une lettre, que mon patient vient de signer, m'est transmise. Elle est rédigée à la diable, avec des lignes d'écriture, pas trop déformée toutefois, mais qui zigzaguent un peu dans toutes les directions. Il s'agit d'une lettre à sa femme. Le style n'offre rien de spécial. C'est une demande d'argent. Je voulus en obtenir une autre, faite sur un sujet quelconque, le récit de son voyage, mais je ne pus le ramener à l'écritoire, qu'il éluda toujours sous un prétexte ou sous un autre.

Je le mis sur le chapitre de sa force physique; aussitôt, lui qui n'avait jamais touché une arme, voulut faire de l'escrime avec moi pour me montrer sa vigueur; il boxait, plastronnait au mur. Questionné sur des choses plus intimes, il m'avoua qu'il avait des appétits sexuels bien plus impérieux que jadis, et que sous ce rapport il ne connaissait point la lassitude. C'était le *ça va mieux que jamais*, qui sonne si mal aux oreilles des aliénistes.

Effrayé de mes constatations, j'écrivis à son médecin, je lui dévoilai l'accident de jeunesse qui dans une semblable situation laissait peut-être à la thérapeutique une lueur d'espoir. Il me fut répondu sur le ton le plus détaché du monde.

Epilogue : Moins de quatre mois plus tard, après mille et un actes de folie, cet homme, devenu un danger public, succombait dans la maison d'un aliéniste célèbre. La période des beaux rêves, des hallucinations féeriques, n'exista presque point chez lui. Il n'eut que les cauchemars terrifiants, les visions de fantômes qui incitent à une lutte sans trêve, dont la mort est le seul dénouement.

La maladie avait duré au total environ vingt-deux mois.

La note très particulière de cette périméningo-encéphalite, se trouve dans le mode de début. Une attaque d'apoplexie, fort banale, et assez bénigne en apparence, ouvre la scène. Derrière elle, la désorganisation psychique évolue avec une certaine lenteur mystérieuse. Puis tout à coup les troubles se précipitent, entrent dans une période d'acuité, pour ainsi dire galopante, qui ne laisse ni relâche, ni merci, et enlèvent l'homme en l'espace de quelques semaines.

OBSERVATION II. — M. L... quarante-neuf ans, taille moyenne, constitution robuste, tempérament nerveux sanguin. Issu d'un père maigre, fort, et d'une mère qui mourut à un âge assez avancé, après avoir gardé le lit pendant dix à douze ans pour... une paralysie (?).

M. L... a trois fils, dont l'aîné, âgé de vingt-deux ans, est devenu épileptique sous les drapeaux à l'occasion d'intempérances habituelles, et lui a causé beaucoup de chagrins. Les deux autres, l'un, âgé de dix-sept ans, l'autre, de treize, n'ont rien présenté d'anormal jusqu'ici.

Antécédents purs de toute tare morbide.

Habitudes et régime réguliers aujourd'hui. Mais il n'en aurait pas toujours été ainsi. De la vingtième à la trente-cinquième année, M. L..., sans être allé jusqu'à l'imprégnation alcoolique, consommait largement et fréquemment.

Ajoutons qu'il est bureaucrate depuis l'adolescence.

Le début des troubles actuels remonte à deux ans environ. Il fut pris d'un certain malaise pour uriner. Il urinait lentement et avec un peu de douleur. Il accusait en même temps des souffrances vagues dans les tibias, où il était pris tout à coup de déchirements dont il ne se débarrassait, disait-il, qu'avec des frictions énergiques ; et quand les crises le prenaient hors de chez lui, il était obligé de rentrer. Je le vis alors, et ne trouvant rien d'organique, je me contentai de lui prescrire une médication des plus simples à laquelle cédèrent ces légers désordres.

Peu de temps après, la vue se mit à faiblir tout à coup. A peine avait-il fait quelques minutes de travail, que M. L... voyait un nuage s'interposer entre ses yeux et le texte. Il n'apercevait qu'à travers un brouillard. Nous fûmes déjà frappés de cette dissémination de désordres, malgré leur caractère vague et fugace, et nous déférâmes notre malade à l'examen d'un oculiste. Lorsqu'il reparut devant nous, après quelques mois, il était atteint de strabisme convergent de l'œil gauche, strabisme considéré comme essentiel par l'oculiste qui en avait proposé la cure radicale par la ténotomie. M. L... ajourna. Il avait repris sa profession, lorsqu'il y a six semaines, de nouveaux désordres vinrent la lui rendre impossible. Il s'aperçut peu à peu qu'il faussait la valeur des chiffres. Il constatait qu'il ne pouvait plus faire la balance de ses comptes et alors il recommençait vingt fois ses opérations sans jamais arriver juste. Nous avons un spécimen d'un calcul qu'hier, 23 octobre, il a voulu faire sous nos yeux. Il est rempli d'erreurs. Après s'y être repris à trois ou quatre fois avec un embarras croissant, M. L... a dû l'abandonner, de guerre lasse.

Nous n'avons pu trouver d'autres lacunes fixes dans la

mémoire, sauf quelques omissions qui nous paraissent erratiques et dont nous allons parler.

La lecture à haute voix est défectueuse dans les points suivants : les mots sont enfilés les uns à la suite des autres sans ponctuation régulière, ce qui rend le sens obscur pour l'auditeur. Le sens s'obscurcit du reste d'autant plus que M. L... *passe sans s'en apercevoir* des lignes entières, que le même inconvénient subsiste dans la lecture lente, puisqu'on le constate dans les dictées qu'il fait faire à son jeune fils, et qu'il ne parvient pas toujours à s'en affranchir en suivant le texte du doigt. Des mots sont coupés en deux avec répétition de certaines syllabes (Domin-ingo). La lecture est faite à un diapason monotone, au milieu duquel tranche par hasard un mot jeté beaucoup plus bas, presque murmuré. Pas de bégaiement véritable, mais efforts sur certaines lettres que le lecteur attaque avec un redoublement sensible, surtout les *f* et les *v* (ffacile, woix).

Quand plusieurs voyelles ou plusieurs consonnes se suivent, leur prononciation est écorchée (constuire pour construire, effecter pour effectuer).

Les défauts de la lecture, les retours sur un mot mal prononcé, les ratures du liseur reparaissent plus fréquemment après quelques minutes d'exercice.

Nous n'avons point noté de tremblement des lèvres, de reptation vermiculaire.

Fait à signaler. Dès le début, en prenant le livre, M. L... accuse le nuage susmentionné. Il dure une minute, paraît-il, montre en main. Nous examinons alors les pupilles à la lumière. Elles se contractent toutes deux, mais la droite reste plus large que la gauche.

L'écriture que M. L... a toujours eue menue et féminine, ne présente que peu de chose de défectueux sous le rapport mécanique. L'examen que nous avons fait de ses registres semblerait établir qu'elle est un peu moins élégante, plus raide à certains endroits, que les boucles sont plus anguleuses. Mais il n'y a pas de trace de fatigues, ni de crampes. Jusqu'au mois d'août, qu'il s'agisse de rédaction copiée ou de correspondance, la phrase reste grammaticale, il n'y a point de lapsus, ni de fautes d'orthographe. M. L..., devenu lent au calcul, était aussi lent pour une simple correspondance, d'après ce que me disent ses voisins de bureau. Aujourd'hui, 24 octobre, quelques modifications se sont faites. L'écriture semble moins cursive, plus empâtée, si l'on ose dire. La conception est pénible. Les idées viennent lentement, se suivent avec incohérence, restent banales, simplotes. Une lettre que nous avons vue, est écrite sur un minuscule bout de papier. Elle est pleine de ratures, de surcharges, de *mots passés*. Or, toute décousue et toute simple qu'elle soit, son

auteur a dû la recommencer à plusieurs reprises et y mettre la moitié de son après-midi.

La résistance aux fatigues de la marche est restée convenable, et M. L... fait encore sans se plaindre huit à dix kilomètres très facilement. Mais ses allures ont pris un cachet spécial. Il marche droit devant lui, tout d'une pièce, l'œil en terre; s'il se retourne, c'est d'un mouvement raide, comme s'il avait le torticolis. Et de fait, les mastoïdiens paraissent un peu durs, et plus rigides qu'à l'état normal.

Les changements de direction, les obliques, les pivotements se font avec une certaine maladresse, comme si l'homme était ivre. Il se détourne mal; et, d'instinct, pour éviter cet inconvénient, dans la rue, il longe les murs. La station debout n'est plus verticale. Le buste est déjeté légèrement à droite, les genoux sont un peu fléchis et cagnent, le torse est voûté, le menton rentré dans la poitrine; l'attitude générale est en *chien de fusil*. Sa femme reconnaît qu'il a vieilli beaucoup depuis quelque temps.

Malgré ses aptitudes encore excellentes de marcheur, il resterait volontiers au lit ou à la maison; mais il sort sans protester dès qu'on le lui propose.

Depuis deux mois, le sommeil était irrégulier, coupé d'insomnies, d'agitations. Il est devenu meilleur avec le mélange bromo-ioduré que nous lui avons prescrit dernièrement.

L'appétit est très ouvert. Il se développe même sensiblement, depuis que la déchéance s'accuse, car malgré cela, l'amaigrissement progresse, l'état général est souffreteux. Quant à M. L..., il ne se plaint de rien, il se porte à merveillle, n'étaient ses élancements dans les tibias et sa maudite mémoire. L'analyse des urines n'a jamais rien donné.

Reins, artères et cœur intacts.

M. L... a toujours eu la face colorée, sans avoir jamais souffert de la moindre congestion cérébrale active. Jamais le plus petit mal de tête. Jamais de fièvre. Cependant nous ne pouvons passer sous silence, malgré le défaut de cause apparente, une défaillance de quelques minutes qui l'empoigna brusquement il y a quinze jours.

Les fonctions du bas-ventre sont restées normales. Et même, depuis le bromure, il n'y aurait plus de pesanteurs d'entrailles comme M. L... en accusait, de temps à autre, sans parvenir à m'en bien préciser le siège.

Rien de particulier du côté des réflexes moteurs et sensitifs, soudains ou provoqués.

Arrivons à l'état mental. Le caractère est enfantin. Les choses sérieuses ne sont plus abordées. M. L... ne voit en tout que le côté futile. Sa conversation est un tissu de puérilités et

si on veut le contraindre à réfléchir sur un motif grave, il s'y dérobe par une niaiserie. Il voit tout sous des nuances riantes et annonce avec un certain plaisir qu'il compose et siffle la musique de chansons inédites, qu'actuellement il en a plus de quinze dans son répertoire, toutes choses contraires à ses habitudes antérieures. « Je suis gai, dit-il, je l'ai toujours été, je chante comme un pinson. » Sa femme nous assure que cette gaieté bruyante est de fraîche date. Ce qui domine chez lui, c'est un air de satisfaction générale, de pleine quiétude. Il va voir, dans l'usine où il travaillait, certains locaux où jamais il n'a mis les pieds. A peine a-t-il franchi la porte, que sans un contrôle sérieux, il lui échappe des : *C'est bien, je vois que ça marche.* La maison qu'il fait construire à cette heure, et qui est très modeste, sera superbe comme celle du plus riche du pays. Tout ce qu'il possède, tout ce qui le concerne est vu avec un optimisme qui déborde. Il ne prévoit rien qui puisse lui créer d'embarras. Cette maison il faudra la payer, il n'a pas le sou, mais peu importe, point de souci. Ses préoccupations n'embrassent que les choses qui ont un côté artistique, le dessin, le chant. Pour les affaires proprement dites, les moyens de vivre que son repos va lui retirer, il y est indifférent, il affecte un calme philosophique vis-à-vis de tout cela.

Le sens moral paraît aussi avoir reçu quelques atteintes. Déjà depuis longtemps M. L... aimait, non seulement les conversations libertines, mais il dévoilait avec complaisance les mystères de l'alcôve, et se livrait à propos de sa femme à des descriptions topographiques fort indiscrètes, devant ses compagnons. En un mot il la déshabillait. De plus il se targuait d'une salacité surprenante. Accomplir l'acte conjugal trois fois par jour, tel était l'ordinaire, s'il fallait l'en croire. Malgré ce taux élevé, par une heureuse rencontre de circonstances, il n'a jamais eu besoin d'être infidèle ; et pourtant sa femme le tient aujourd'hui en suspicion. Elle a vu qu'il est pris d'une tendresse assez expansive vis-à-vis des enfants, qu'il embrasse volontiers les gamines, sans aller plus loin toutefois. Cela lui semble assez équivoque, pour n'oser plus le laisser sortir seul.

Autre détail; sa probité demeurait jusque-là irréprochable ; de petites fautes sur ce chapitre, qui ont paru bizarres à certaines personnes, tendraient à revêtir un caractère délictueux si elles n'étaient inconscientes.

M. L... est facile à vivre. Jamais jusque-là on ne l'a vu ni quinteux, ni colère, ni boudeur. Il est doux *comme un mouton*, disent les personnes qui l'entourent, et n'a pas de volonté.

Au milieu de tout cela, y a-t-il des signes d'aliénation vraie? Non, évidemment, et ce n'est qu'avec la plus grande réserve qu'il faut citer comme telles les remarques suivantes. M. L...

manifeste depuis peu une religiosité qui n'était pas dans ses habitudes. Il va à la messe, et pratique régulièrement. Mais il fait plus, *il dit ses prières tout haut*, en se proposant comme exemple à sa famille. Un deuxième fait plus significatif résiderait dans certaines contradictions qui étonnent. Nous disions plus haut que M. L... oubliait. Or, non seulement il oublie, mais il dénature, il a des absences. Ces jours derniers il ne reconnaissait plus sa route, après l'avoir faite des centaines de fois. Mieux encore, il certifie avec insistance des actes qu'il n'a point accomplis. Il ment avec une entière bonne foi, du moins à ce que j'ai vu à deux reprises différentes. Ces mensonges ou plus exactement ces erreurs sur sa conduite ne recèlent point un plan caché, des motifs plausibles, ou un besoin évident de dissimulation. Ils procèdent sans logique. Car quelques minutes après, M. L... les dément à leur tour, il dit le contraire de ce qu'il vient d'affirmer. Il se perd dans ses dires.

Mais en somme, cette déraison, si tant est qu'on puisse la considérer comme telle, n'est encore que dans les paroles et ne s'est point jusqu'ici étendue franchement aux actes.

Notre diagnostic a été péri-méningo-encéphalite diffuse, chronique d'emblée, ou en d'autres termes, paralysie générale.

Cette lésion étant à la fois nécrosique et exsudative, nous avons institué, pour la combattre, le traitement médical ci-contre :

Bromure de potassium.	6	grammes.
Iodure —	10	—
Eau.	200	—

Commencer par deux cuillerées à soupe *pro die* et n'en prendre plus qu'une, dès que le sommeil sera redevenu égal.

Nous nous proposons, s'il y a lieu, de porter l'iodure seul à des doses plus considérables.

Nous avons recommandé, comme moyens auxiliaires, le repos intellectuel, une bonne hygiène, des promenades, des lectures courtes, et une entière continence.

A ce dernier propos se dresse une question ; avec les penchants connus de notre malade, la continence entière est-elle une mesure sage? Sans autre guide que le bon sens, nous avons cru, puisqu'une procréation est toujours possible, qu'il serait coupable pour nous d'y prêter les mains, que d'autre part il était inutile d'aiguillonner les excitations morbides en les satisfaisant d'une manière intempestive.

26 *novembre*. Revu M. L... Peu de changements dans son état. Mêmes absences de mémoire, mêmes contradictions, mêmes enfantillages. Mais il y a deux points où la note s'accentue, à mon avis. M. L... veut désormais, en dépit de toutes

les objections, aller à la messe pour y chanter, car il est excellent ténor, nous dit-il, et en même temps il fredonne une ariette devant nous. Puis il nous annonce qu'il est peintre de figure, et à deux jours de suite, malgré mes échappatoires, veut absolument faire mon portrait. Il faisait le sien, nous dit-il, devant une glace et en prenant ses mesures au mètre.

15 *décembre*. L'aliénation augmente. M. L... est ténor, dessinateur, artiste plus que jamais. Le violon, qu'il n'a jamais connu, n'a plus de secret pour lui. Il nous a joué la *Valse du scieur de long*, dont toute l'harmonie, par trop imitative, consiste en un simple mouvement de va et vient de l'archet sur l'unique corde de son violon; car, émule de Paganini, il joue du violon monocorde, avec cette différence toutefois, que la corde du sien est une ficelle à fouet. L'exécutant scie en conscience et annonce les reprises, les modulations, les *da capo*, etc.

Il fait du portrait sans modèle, il n'en a pas besoin; c'est d'inspiration. Les esquisses, encore assez nettes, il y a quinze jours, ne sont maintenant qu'un amas informe de boucles, de pâtés, de hachures, dans lesquels il consent à vous expliquer tel ou tel détail de costume, de figure, de pose. Vous regardez, il n'y a qu'un gâchis inextricable.

Mais voici deux signes plus importants : M. L... a reçu la nuit deux visitations divines : l'une pour lui apprendre qu'il est riche, immensément riche; l'autre que, comme les disciples, il est polyglotte, ou mieux, doué du don de toutes les langues, nouvelle source de richesses encore, car, qu'il s'offre comme interprète, et les tas d'or rouleront à ses pieds. — « Vous savez l'allemand, lui dis-je? » — « Tiens parbleu! tau — tai — flisch — carth — guel — nousch — voilà l'allemand. » — « Et l'anglais? » — « flosch — nisch — god — tou — vning — marsh — tautau. » — Et le chinois? » — « Il m'est défendu de le parler, dit-il, en faisant sans doute allusion à son rêve, et sans vouloir s'expliquer davantage. Mais les langues anciennes me sont permises. » — « Eh bien, du grec, alors? » — « Le grec! rien n'est plus facile; toutes les terminaisons sont *ec*: Brec — nec — tec — flec — bec — rec — krec — mec — zec. » — « Alors, dis-je, ajoutez-y bifteck. » — « Non! jamais. Dans bifteck, teck passerait, mais bif, c'est du patois, je méprise les patois. »

L'autre visitation a eu lieu, il y a quelques jours. On lui a appris.... qui? — « Ça! c'est mon affaire, répond-il laconiquement. » — On lui a appris, dis-je, qu'il était riche, et il s'est éveillé au milieu de la nuit pour communiquer la nouvelle à tous les membres de sa famille. Son fils ne sera plus employé, mais ingénieur. Ils partiront demain pour Versailles, en calèche. Tout va à merveille. Il a calculé la fortune du monde entier,

elle s'élève à mille millions de milliards. La France est de deux cent mille francs en dessous des autres nations, voilà la cause de la crise actuelle.

Pendant trois années, M. L... tomba peu à peu dans le gâtisme le plus absolu. Il avait des périodes d'excitation, où il tenait des discours en quelque sorte non interrompus, durant une quinzaine parfois. Il joignait à ses paroles des gestes si désordonnés, qu'il fallut bien souvent lui mettre la camisole de force.

Enfin, il succomba au commencement de 1888, ruiné de corps et d'intelligence. Toute lueur psychique s'était progressivement éteinte. Il en était réduit aux seuls manifestations de la vie végétative.

L'affection avait mis quatre ans à parcourir toutes ses périodes; elle les avait parcourues d'une marche uniforme, inflexible, sans les éclaircies que quelques privilégiés arrivent parfois à obtenir.

Cette observation est instructive sous plusieurs rapports. Les signes du début sont d'une ténuité pour ainsi dire insaisissable. Puis lentement, très lentement, les nuances s'accentuent. Certaines propensions du caractère s'hypertrophient en quelque sorte, tandis que d'autres aptitudes, et la santé générale, subissent la marche inverse. C'est ainsi que M. L.... passe de la vaillance conjugale à la salacité, et qu'en même temps il éprouve des douleurs vagues, maigrit, se voûte, cagne des genoux, devient strabique, perd insensiblement la mémoire des chiffres et n'écrit plus sans ratures ou sans oubli de plusieurs mots dans une phrase.

Alors ses camarades le jugent drôle.

C'est à cette période même ou plutôt un peu avant, qu'on a découvert un acte de haute improbité. Cet acte je puis le faire connaître dans mon épilogue. Le contrôle des livres démontre que, depuis vingt ans environ, M. L.... a puisé dans sa caisse, par petites sommes, un total de 40,000 francs. Une dénonciation est faite, la justice va intervenir. Sans me communiquer ce qui se prépare, le chef de l'établissement, dont je suis le médecin, me donne le mandat d'examiner son comptable avec la plus grande attention. Je ne puis d'abord porter un diagnostic bien ferme, mais je reste frappé de l'ensemble de bizarreries que présente mon

malade, et j'émets des réserves sur son état mental. Alors on m'avoue l'intervention judiciaire imminente. Je demande et j'obtiens des délais. Puis, un jour, comme on exigeait un rapport définitif (deux mois après ma première visite), le déséquilibre mental était devenu plus sensible, je recueillis l'observation et je la soumis au professeur Charcot, qui me la renvoya en contresignant mon diagnostic de *paralysie générale probable* à la période de début.

Le reste est un peu l'image assez fidèle de ce que l'on rencontre dans les cas de cette espèce. Notre malade, devenu artiste, richissime, est le type le plus complet des ambitieux délirants.

J'ajoute qu'il fut soigné chez lui avec une sollicitude et une abnégation admirables. Peut-être est-ce là le motif du temps relativement long que mit la maladie à atteindre son issue funeste ?

Inutile de dire que les poursuites judiciaires n'eurent jamais lieu.

Cas de manie aiguë, à début fébrile, simulant une pyrexie franche. — Le grand Esquirol en définissant la folie « un délire sans fièvre », savait très bien qu'il donnait là une formule inexacte, inapplicable à toutes les classes et à toutes les variétés de psychoses. Si lui-même l'a introduite dans le langage courant et si nous la répétons encore volontiers de nos jours, c'est sans doute à cause de son laconisme, de sa clarté, de sa vérité suffisante quoique relative et restreinte, — et surtout, disons le mot, faute de pouvoir en donner une qui présente les trois caractères philosophiques de toute bonne définition.

Les divers genres de folie qui comportent les symptômes à grands fracas, sont susceptibles d'entraîner, pendant leurs périodes les plus violentes, des phénomènes hyperthermiques. Ceci est de notion banale. Et nous aurions gardé le silence, si l'histoire que nous allons transcrire ne devait être qu'une redite de ce que les aliénistes ont l'occasion de voir tous les jours. L'étrange, dans notre cas, c'est un grand accès fébrile éclatant tout à coup, au milieu d'une santé parfaite, sous l'influence d'une vive querelle, et marquant le

naufrage du cerveau dans la manie aiguë. La question du diagnostic soulevait naturellement l'examen de diverses hypothèses, celle d'une fièvre typhoïde, d'une méningo-encéphalite, et en général de toutes les pyrexies, présentant quelque point de contact avec le complexus qui se déroulait sous nos yeux. Dès la première minute, nous affirmâmes être en présence d'un cas de manie aiguë. Un de nos confrères, appelé à voir la malade, nous objecta que le type n'avait rien de classique et n'admit notre opinion que sous réserve. Il nous cita même l'histoire d'un typhique, qu'un médecin d'une certaine valeur avait déclaré atteint d'une aliénation et dont la mort, survenue pendant les démarches faites pour son internement, permit de voir, pièces en main, l'énorme méprise du diagnostic.

Voici notre fait.

Observation III. — Femme de vingt-huit ans, Luxembourgeoise, petite, nerveuse. Elle est accouchée, en 1889, d'un enfant mort. Sans être bien forte, elle a toujours eu une santé régulière. Vers le 20 mars 1890, son mari, employé de chemin de fer, démissionne. Il la quitte en bon accord pour se mettre à la recherche d'une place. Le 24 elle a, avec son voisin, une querelle, où ce dernier la traite de femme de mauvaise vie. Aussitôt elle entre dans l'état d'exaspération « d'une personne qui ne se connaît plus ». Elle a des crises nerveuses. Elle se laisse aller à un flux de paroles intarissables et répète incessamment tous les termes de la scène qui vient d'avoir lieu.

Je la vois le 25 ; elle me salue par mon nom, s'arrête quelques secondes dans ses discours, puis repart de plus belle. Je lui trouve la langue saburrale, la peau très chaude ; mais l'agitation est si considérable qu'il est impossible de lui compter exactement le pouls et de lui prendre sa température. J'estime l'un et l'autre approximativement : P. 120 ; T. 39. Je prescris une potion calmante.

Le lendemain, l'égarement est plus complet encore. Aucun repos, aucun sommeil. Ce n'est qu'une série d'apostrophes sans trêve. Mais il y a une variante. Hier, elle ne se servait que de la langue française, aujourd'hui elle ne s'exprime plus que dans le mauvais patois allemand de son village.

Le 27, l'agitation est si grande que nous sommes contraint de recourir à la camisole de force, et aux injections de morphine. Sous l'influence de ces dernières, nous obtenons un sommeil assez calme de quelques heures. Lorsqu'elle rouvre

les yeux, elle commence à marmotter tout bas, dans une pose assez tranquille. Elle reste ainsi quarante à quarante-cinq minutes, puis la voix s'élève, et la loquacité reprend sur le même ton qu'auparavant.

Un confrère la visite avec moi. Il trouve : état fébrile assez intense, langue brune, râpeuse, pouls rapide, grands mouvements de projection hors du lit, ventre rétracté, soif ardente, délire loquace ininterrompu, perte entière de conscience, sensibilité obtuse ; mais il s'abstient de formuler un diagnostic précis.

Quelques jours plus tard, le mari rentre et nous apprend qu'une des sœurs de sa femme est déjà internée pour une aliénation dont il ne peut nous dire l'espèce, et qu'il n'en sait pas davantage sur les autres membres de sa famille.

Nous passâmes une huitaine dans ces conditions, toujours à l'affût d'une détente qui ne se produisit que pour la fièvre. Alors mon confrère dut constater, comme moi, que nous avions bien affaire à un déséquilibre mental et qu'il fallait sanctionner l'étiquette de manie aiguë.

Le reste se résume en deux mots. L'internement eut lieu, et le médecin de l'asile où elle se trouve depuis dix mois, a eu l'obligeance de m'écrire dernièrement qu'il s'agit bien d'un *délire maniaque*, n'ayant encore subi jusqu'à ce jour aucune amélioration.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1887.

L'Encéphale.

I. — *Un cas de logonévrose épileptique ou d'aphasie intermittente*; par le Dr Bateman, médecin de l'hôpital de Norwich, membre correspondant étranger de l'Académie de médecine(n° 1). — Deux observations :

1re *observation* : Un homme est sujet à des crises nerveuses de deux sortes, qui surviennent à des intervalles irréguliers, tantôt l'une, tantôt l'autre. Dans la première crise, il y a d'abord une douleur violente à la nuque et le malade est obligé de courir d'une façon désordonnée. Après, il reste dans l'impossibilité de parler pendant un temps variable. Dans la seconde, la douleur et l'impulsion ambulatoire ne sont pas suivies de mutisme.

2e *Observation* : Analogue à la précédente, la douleur de la nuque est remplacée par un engourdissement de la langue, le mutisme consécutif est le même.

L'auteur penche à croire que ces cas rentrent dans l'épilepsie non convulsive.

II. — *Structure du cerveau*; par le Dr J. Luys (nos 1 et 3) — M. Luys expose d'abord l'anatomie microscopique du cerveau. Ses opinions sur l'histologie des centres nerveux sont bien connues des lecteurs des *Annales médico-psychologiques*. Je ne signalerai qu'une particularité de structure des cellules corticales, qui m'a frappé et que je ne crois pas notée dans les livres de l'auteur. — Certaines cellules *discoïdes* se rencontrent dans les régions des cellules géantes. Le savant anatomiste croit, ou du moins suppose, que ces cellules discoïdes servent à l'innervation viscérale.

Dans la seconde partie, on trouve quelques données physiologiques déduites de la disposition anatomique des éléments nerveux.

III. — *De la répartition du sang circulant dans l'encéphale*;

par le Dr E. Spehl, de Bruxelles (n° 1). — On admet généralement aujourd'hui que l'encéphale est ischémié pendant le sommeil. M. Spehl le démontre par des expériences directes. Il interrompt brusquement la circulation dans des têtes de lapins pendant la veille et pendant le sommeil, au moyen d'un écraseur, et il pèse le sang des têtes séparées du tronc.

IV. — *Phénomènes produits par l'action des médicaments à distance. — De l'exorbitis expérimental*; par le Dr J. Luys (n° 1). — Un flacon contenant de l'essence de thym, placé près du cou du sujet en léthargie, produit chez ce dernier un exorbitis considérable et une forte turgescence du cou. — M. Luys formule cette loi : L'état hypnotique a la propriété, non seulement de produire une hyperexcitabilité neuro-musculaire, mais encore une hyperexcitabilité des régions émotives et intellectuelles de l'encéphale.

V. — *Essai sur la réforme de l'interdiction des aliénés*; par M. L.-A. Martin, magistrat (n° 1). — L'auteur étudie et critique la procédure actuelle. Il dit que la loi romaine, plus clémente que la nôtre n'admettait pas l'interdiction en matière d'aliénation mentale, et il propose un projet de réforme, basé sur l'existence de la *commission départementale permanente.*

On sait que le Sénat a modifié la composition de la *commission départementale permanente*, proposée par le gouvernement, et il est difficile de prévoir ce que cette commission deviendra après la discussion à la Chambre.

VI. — *Un cas de dégénérescence psychique héréditaire*; par le Dr Jakowlew, médecin-adjoint près la chaire des maladies mentales et nerveuses à l'Université de Kharkow (n° 2). — Intéressante observation d'un malade qui présente à la fois, ou simultanément, un grand nombre de *stigmates psychiques* de dégénérescence, pour se servir de l'expression employée aujourd'hui. — L'auteur croit que tous ces phénomènes sont en connexion avec la neurasthénie ou faiblesse nerveuse.

VII. — *Du refroidissement dans les attaques apoplectiques*; par le Dr Rousseau, médecin-directeur de l'Asile d'Auxerre (n° 21). — On admet que, dans l'hémorragie cérébrale, la température s'abaisse (jusqu'à 35°,4 parfois), puis qu'elle redevient normale pour s'élever ensuite jusqu'à 41 degrés et même davantage, si la terminaison doit être funeste.

On admet aussi que, dans le ramollissement cérébral, la température s'élève brusquement jusqu'à 39 ou 40 degrés, pour ensuite redevenir normale. L'auteur pense qu'il y a des excep-

tions à ces règles. C'est ainsi qu'il a vu, seize jours après l'attaque, la température descendre brusquement. Une autre fois, la température descendit à 35 degrés, quatre jours après l'apoplexie. Dans les deux cas, on avait affaire à des ramollissements cérébraux.

VIII. — *Des intervalles lucides considérés dans leurs rapports avec la capacité civile des aliénés*; par le Dr Régis (n° 2). — La législation actuelle, en ce qui concerne l'interdiction des aliénés, est défectueuse et illogique. Les Romains n'interdisaient pas les aliénés, ils subordonnaient la curatelle dont ils les pourvoyaient, à leur état mental. Du jour où la folie cessait, la curatelle était suspendue. Donc, quand la folie était interrompue par un intervalle lucide, réel, l'aliéné recouvrait sa capacité civile. « Les notions scientifiques, la logique, la justice et la tradition exigent le retour formellement reconnu de la capacité dans les intervalles lucides parfaits ou intermissions, qui sont de vraies guérisons. »

IX. — *La folie érotique.* — Leçons faites à la clinique de Sainte-Anne par M. le Professeur Ball (nos 2, 3, 4). — M. le Professeur Ball divise la folie érotique, comme l'indique le tableau suivant; puis il décrit successivement chacune des formes qu'il admet.

1° Érotomanie ou folie de l'amour chaste.

2° Excitation sexuelle qui comprend : 1° la forme aphrodisiaque; 2° la forme obscène; 3° la forme hallucinatoire; 4° le satyriasis et la nymphomanie.

3° Perversions sexuelles qui comprennent : 1° les sujets sanguinaires; 2° les nécrophiles; 3° les pédérastes; 4° les intervertis.

J'appellerai l'attention sur les *sanguinaires*, dont on ne parle pas, je crois, dans tous les ouvrages classiques.

X. — *Sur un nouveau mode de traitement de la morphinomanie;* par le Dr O. Jennings (n° 2). — Suppression lente et progressive de la morphine combinée avec la stimulation dynamique qui permet aux malades de supporter les intervalles d'agitation. La stimulation dynamique s'obtient par le massage, la faradisation, les vibrations mécaniques sonores et calorifiques, etc.

XI. — *Note sur un cas d'aphasie d'origine syphilitique*; par le Dr Courtade, interne des hôpitaux (n° 2). — Syphilis bénigne et mal soignée, remontant à cinq ans. — Hémiplégie et perte de connaissance. Intégrité absolue de l'intelligence.

Aphasie qui se distingue par l'aphémie, la surdité verbale, l'agraphie et par une légère cécité verbale qui existe surtout pour les signes.

XII. — *Un cas remarquable d'hypnotisme et de suggestion*; par le Dr Sicard (n° 3). — Il s'agit d'un fait de suggestion mentale vraie. — Le sujet en contact avec l'expérimentateur répond à des questions que celui-ci lui adresse mentalement et sans l'intermédiaire d'aucune parole, d'aucun signe symbolique (?).

XIII. — *Considérations sur le traitement de la morphinomanie*; par MM. Ball et O. Jennings (n° 3). — Quand le morphinomane est en état de besoin, sa courbe sphygmographique présente un plateau correspondant à la systole. S'il se fait une piqûre à ce moment, le plateau disparaît, le cœur a repris son énergie fonctionnelle normale. — D'où, dans les cas d'empoisonnement chronique par la morphine, relever l'action du cœur par des injections de spartéine ou par l'administration de quelques gouttes de nitro-glycérine.

XIV. — *Impressions d'un buveur d'opium décrites par lui-même*; note par le Dr Luys (n° 3). — Usage progressif de préparations opiacées. Laudanum de Rousseau pris à la dose de 14 à 20 grammes par jour. Le sujet, pendant sept ans, ne s'alimente, en outre de son opium, qu'avec un potage, ou un fruit par jour. Conservation de l'intelligence. État de béatitude. Conscience de l'état.

XV. — *Note sur les hémorragies bulbaires dans les traumatismes cérébraux*; par M. Pichon, chef de clinique de la Faculté, et M. Malfilatre, interne des asiles de la Seine (n° 3). — Deux observations qui corroborent la doctrine de M. Duret, sur la compression du plancher du quatrième ventricule par le liquide céphalo-rachidien dans les chocs sur le crâne. Les auteurs ajoutent un second élément étiologique des hémorragies du bulbe en faisant intervenir, outre la compression de M. Duret, la *décompression*.

XVI. — *Note sur quelques cas d'hémiplégie de cause organique traités par le massage*; par M. Denis Courtade, interne des hôpitaux (n° 3). — Plusieurs observations démontrent que le massage est un puissant agent de traitement. L'amélioration constatée porte sur la contracture, sur les troubles trophiques et sur la paralysie.

XVII. — *Un cas de pseudo-paralysie générale alcoolique*; par le Dr Rousseau, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre

(n° 3). — La pseudo-paralysie générale alcoolique est susceptible de passer à l'état chronique, d'évoluer pendant une longue série d'années et de se terminer par le marasme et la mort.

XVIII. — *Logonévrose épileptique*; par le Dr. Bateman (n° 4). — L'auteur revient sur son travail paru dans le n° 1 de l'*Encéphale*, relatif à deux cas de logonévrose épileptique. Par voie d'exclusion, il démontre que le point malade était le centre moteur du langage articulé.

XIX. — *Un cas d'atrophie cérébrale*; par M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile du Mans (n° 4). — Semi-imbécillité. — Épilepsie. — Atrophie complète de la substance supra et infra-ventriculaire de l'hémisphère droit. Dilatation du ventricule. Atrophie de la couche optique et du corps strié. — Le sujet était une femme de soixante-douze ans.

XX. — *Un cas d'ataxie locomotrice, d'origine syphilitique, avec troubles intellectuels;* par M. Arnaud, interne de l'asile de Villejuif (n° 4). — Hérédité nerveuse. Syphilis ancienne. Excès vénériens. Apparition de troubles intellectuels et de symptômes tabétiques vingt-sept ans après le chancre. Traitement spécifique. Guérison. — Sept mois après, seconde attaque. Traitement. Guérison. — Deux ans et demi après, nouvelle attaque. Guérison. — Dix-huit mois après, quatrième attaque. Guérison.

XXI. — *Les émotions chez les sujets en état d'hypnotisme. Action des médicaments et des substances toxiques à distance*; par le Dr J. Luys (nos 5 et 6). — Dans les premiers chapitres, M. Luys traite des procédés techniques d'expérimentation. — Il montre ensuite par quelles transitions insensibles, les processus déterminés par l'action des médicaments à distance se rapprochent des phénomènes nouveaux de l'hypnotisme. — Il étudie ensuite la symptomatologie générale des états émotifs déterminés par l'action des substances en expérience. — Enfin, il signale l'importance spéciale que cette nouvelle méthode peut avoir dans la thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.

XXII. — *Aphasie chez une tactile*; par le Dr Forget, professeur à l'École de médecine d'Angers (n° 5). — Très intéressante observation d'une aphasique (aphasie de réception), qui pouvait suppléer aux éléments fournis par la vue et par l'ouïe au moyen du toucher. La malade était atteinte de cécité et de surdité verbales, mais les signes du langage intérieur, qui ont pour origine les sensations tactiles, olfactives et gustatives, subsistaient.

XXIII. — *De l'emploi de la suggestion hypnotique dans un cas d'arrêt de l'évolution pubère*; par M. le Dr Rousseau (n° 5). — La malade hystéro-épileptique avait dix-sept ans et n'était pas réglée. Très hypnotisable et suggestible, on lui ordonna d'avoir ses règles dans les huit jours, et elle les eut. Cette histérique était sensible à l'action des médicaments à distance.

Archives de neurologie.

I. — *De l'emploi de l'acétophénone (hypnone) en aliénation mentale*; par MM. Mairet et Combemale (numéro de janvier). — Voici les conclusions de ce travail : en aliénation mentale, les faits démontrent que l'acétophénone n'est pas un hypnotique. Les recherches cliniques donnent un résultat aussi négatif que les expériences physiologiques. Toutefois cette substance peut, dans certains cas, amener le sommeil en supprimant les sensations provenant d'organes malades autres que le cerveau, sensations qui entraînent après elles l'insomnie. Enfin, l'acétophénone a une action sédative manifeste sur l'agitation musculaire, les expériences physiologiques le démontrent aussi bien que la clinique.

II. — *Du diagnostic médico-légal de la pyromanie par l'examen direct*; par le Dr Marandon de Montyel, directeur-médecin de l'asile de Dijon (numéro de janvier). — De la discussion de six observations médico-légales originales d'incendies multiples, M. Marandon de Montyel tire les conclusions suivantes: — La pyromanie, c'est-à-dire l'impulsion irrésistible à mettre le feu, malgré qu'on l'ait niée, existe cependant.— Le diagnostic de la pyromanie est difficile, surtout par l'examen direct ; l'expert doit rechercher la nature des faits incriminés et les causes qui ont fait agir le prévenu. — Les données relatives à la nature des faits incriminés sont : 1° incendies dans des matières faciles à enflammer ; 2° incendies multiples ; 3° à la campagne ; 4° les dimanches et jours de fête. — Les données relatives aux accusés sont : 1° absence de mobile ; 2° faiblesse intellectuelle ; 3° troubles physiques et modifications psychiques concomitants des crimes ou immédiatement antérieurs ; 4° antécédents morbides personnels ; 5° hérédité nerveuse ; 6° puberté, ménopause ; 7° empressement à porter secours ; 8° préméditation et ruse dans la perpétration des crimes, dissimulation et mensonge pendant l'instruction ; 9° sanité d'esprit affirmée par l'opinion publique ; 10° gens de la campagne. — L'absence de mobile

devra toujours être constatée. Cette absence à elle seule ne suffit pas à établir la pyromanie, mais cette maladie mentale est incompatible avec la présence d'un mobile.

III. — *Cas d'idiotie avec hypertrophie du cerveau*; par le Dr Cullerre, directeur-médecin de l'asile de la Roche-sur-Yon (numéro de janvier). — *Observation* : Semi-idiot adulte et bien conformé, ayant vécu cinquante-trois ans. Absence complète d'accidents cérébraux ; convulsions, paralysie, etc., pendant toute l'existence. Mort causée par un cancer du foie.

Autopsie: L'encéphale pèse 1,530 grammes. Adhérences méningo-corticales sur les deux tiers inférieurs des hémisphères. — Les ventricules latéraux ne sont pas plus développés qu'à l'ordinaire. — Les circonvolutions très simples. Au microscope, hyperplasie de la névroglie, beaucoup de noyaux, cellules araignées ; les cellules nerveuses semblent à peu près normales, mais sont très peu nombreuses.

IV. — *La Paranoia. Délires systématisés et dégénérescences mentales* ; par M. J. Séglas, médecin-adjoint de l'hospice de Bicêtre (numéros de janvier, mars et mai). — Travail très intéressant, mais qui ne peut être analysé en quelques lignes. M. Séglas fait l'historique de la paranoia (délires systématisés). Il démontre que, née en France, la paranoia a ensuite été étudiée en Allemagne, en Russie, en Amérique, etc., et surtout en Italie. Il compare le *délire chronique* de M. Magnan avec certaines formes de la paranoia admises à l'étranger. Enfin, il donne toutes les opinions des aliénistes étrangers sur cette question.

V. — *Contribution à l'étude clinique de la surdité verbale*; par le Dr H. Arnaud (de la Jasse) (numéros de mars et de mai). — Après avoir présenté plusieurs schémas explicatifs des différents symptômes observés dans différents cas de surdité verbale, l'auteur arrive à ces conclusions :

Il existe six types de surdité verbale distincts, au point de vue symptomatique et au point de vue physiologique :

1° *La surdité verbale brute* : défaut d'audition brute des mots, intégrité de l'imagination orale, impossibilité de répétition des mots prononcés par autrui, absence d'amnésie orale et de troubles dans l'articulation des mots.

2° *La surdité verbale centrale* : perte de la perception nette de la parole, impossibilité de répéter les mots.

3° *La surdité verbale centrale des illettrés* : en plus que dans l'espèce précédente, troubles moteurs du langage articulé.

4° *La surdité verbale mentale* : impossibilité de comprendre et d'imaginer la parole, possibilité de répéter les mots sans que ces mots aient aucune signification pour le sujet.

5° *La surdité verbale mentale avec intelligence des mots consécutive à leur articulation :* écholalie avec intelligence des mots.

6° *La surdité verbale représentative*: possibilité de saisir nettement les mots parlés, de les imaginer, de les prononcer correctement, et impossibilité d'en comprendre la signification.

VI. — *Un cas de paramyoclonus multiple*; par M. E.-A. Homèn, professeur à l'Université de Helsingfors (numéro de mars). — Observation d'une affection assez rare. On connaît les principaux symptômes du paramyoclonus multiple : secousses non rythmiques dans des muscles déterminés, symétriques des deux côtés, souvent très distants les uns des autres et qui ne sont pas toujours innervés par le même nerf. Ces secousses s'étendent à toute la masse du muscle, elles sont quelquefois isolées, quelquefois agglomérées. Elles se produisent tantôt dans un seul muscle, tantôt dans plusieurs à la fois ou alternativement. Enfin, elles paraissent cesser pendant le sommeil. L'intelligence, toutes les grandes fonctions, restent intactes.

VII. — *Un cas de maladie de Friedreich;* par M. Paul Blocq, interne des hôpitaux (numéro de mars). — Le malade présente tous les symptômes de la maladie de Friedreich, mais il n'est pas héréditaire. Le terme ataxie héréditaire est donc impropre.

VIII. — *De l'épilepsie procursive;* par M. Bourneville, médecin de Bicêtre, et M. P. Bricon, ancien interne des hôpitaux (numéros de mai, juillet, septembre et novembre). — Très intéressante étude. — Les auteurs divisent ainsi leur travail : Etude : 1° de l'*épilepsie procursive* proprement dite, ou accès épileptiques essentiellement constitués par la course ; 2° de l'*épilepsie avec aura procursive* ; 3° de l'*épilepsie avec procursion consécutive* ; 4° du *vertige procursif*; 5° anatomie pathologique ; 6° pronostic et diagnostic ; 7° considérations générales sur la physiologie et l'étiologie des mouvements procursifs; 8° traitement. Entre autres, une observation détaillée d'épilepsie procursive type. — Remarquer un curieux incident de la vie du malade pendant qu'il était en traitement à Bicêtre. S'étant évadé de l'hospice, il se fit condamner pour vol et vagabondage à un an de prison. Envoyé d'abord à Poissy, puis ensuite à

cause de sa maladie, à Gaillon, on ne put le faire réintégrer à Bicêtre. Il subit entièrement sa peine, quoiqu'il fût aliéné (dépravation du sens moral) et épileptique. Les auteurs s'adressèrent pourtant successivement, pour obtenir l'annulation du jugement, au préfet de police, au ministre de la justice, et enfin au président de la République. (Cette étude sera continuée dans les *Archives de neurologie* de 1888.)

IX. — *Note sur un cas de mélancolie avec stupeur à forme cataleptique, avec conservation de l'intelligence ayant duré six ans;* par M. Jules Voisin, médecin de la Salpêtrière (numéro de mai). — Ce qui frappe dans cette observation, c'est la durée du mutisme : cinq ans, et celle du refus d'aliments : deux ans, ainsi que la conservation de l'intelligence pendant un laps aussi long de temps.

X. — *Histoire d'une hystérique hypnotisable*; par le Dr Grasset et M. Brousse, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier (numéro de novembre). — D'après l'école de la Salpêtrière, il y a dans l'état hypnotique des caractères somatiques fixes, indépendants de la suggestion. D'après l'école de Nancy, il n'y a dans l'état hypnotique aucun caractère somatique fixe indépendant de la suggestion et antérieur à elle, tout dépend de la suggestion. — Les auteurs s'élèvent contre ces deux principes. Ils donnent une longue observation, très détaillée, d'une hystérique sujette à des attaques de sommeil spontanées, qu'on a ensuite hypnotisée et sur laquelle on a fait de nombreuses expériences. Ils tirent ensuite de cette observation les conclusions suivantes :

Il faut distinguer, parmi les hypnotisables, ceux qui étaient et ceux qui n'étaient pas hystériques antérieurement (il faut entendre la grande hystérie à attaques franches). Chez les premiers, le sommeil provoqué peut s'accompagner de phénomènes somatiques fixes ; chez les seconds, le sommeil provoqué est entièrement dominé par la suggestion. Parmi ceux de la première classe, les uns répondent à la description de Charcot, les autres reproduisent simplement et fidèlement leurs attaques spontanées d'hystérie antérieures.

XI. — *Du rôle de la prédisposition nerveuse dans l'étiologie de la paralysie faciale dite* A FRIGORE ; par le Dr Neumann (numéro de juillet). — Dix-sept observations. — Conclusions : Le froid n'agit que comme cause déterminante. La cause vraie est la prédisposition nerveuse héréditaire.

XII. — *Contribution à l'étude de l'hystérie chez l'homme*

Troubles de la sensibilité chez les Orientaux. Les Aissaoua; par le Dr Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis (numéro de juillet). — La douleur n'est pas ressentie également par tout le monde. Il y a surtout, à cet égard, des différences de races dont on ne tient pas assez compte. L'hystérie, certains états névropathiques peuvent diminuer ou abolir la douleur ; certaines émotions également. Enfin certaines pratiques : chants rythmés, secousses régulières imprimées à la tête, certaines odeurs, etc., peuvent émousser, sinon abolir la sensibilité, surtout chez les Orientaux. C'est ainsi qu'on peut expliquer l'insensibilité apparente des Aissaoua à la douleur. L'auteur relate les pratiques des Aissaoua dont il a été témoin en Algérie et en Tunisie.

XIII. — *Recherches cliniques sur la psychophysique*; *étude sur la perceptibilité différentielle*; par Maurice Mendelssohn et F. C. Muller-Lyer (numéros de juillet et de novembre). — Les auteurs cherchent à édifier une psychophysique pathologique. Ils s'occupent, pour le moment, des perceptions visuelles, plus tard ils compléteront leur travail par l'étude des autres sens. — Les deux articles de cette année (1887) sont consacrés à des définitions et à l'énoncé des lois de Weber ainsi qu'aux travaux de Fechner. — Enfin, MM. Mendelssohn et Muller-Lyer font leurs recherches dans le service de M. le Dr Charcot.

XIV. — *Paralysie générale. Alcoolisme chronique. Troubles tabétiques. Paralysie générale confirmée. Lésion de dénutrition*; par H. Bonnet, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Chalons (numéro de juillet). — Cette observation tend à démontrer le bien fondé de la thèse de MM. Poincaré et Bonnet sur la nature de la paralysie générale, maladie primitivement des vaso-moteurs et des ganglions splanchniques. « Il faut que tous les systèmes de l'organisme soient perdus, un par un, pour que le paralytique général meurt. »

XV. — *Contribution à l'histoire des monoplégies partielles du membre supérieur, d'origine hystéro-traumatique*; par H. Rendu, médecin de l'hôpital Necker (numéro de septembre). — M. Rendu, dans cette note, s'occupe de certaines monoplégies partielles dont les allures cliniques sont assez spéciales, encore incomplètement connues, et qui, bien que liées intimement à l'hystérie, pourraient être au premier abord facilement méconnues, tant la névrose qui leur donne naissance est peu évidente, ainsi la monoplégie partielle limitée à la main et à une portion de l'avant-bras. — Rappelons en passant les deux

signes cliniques indiqués par M. Charcot, qui distinguent le plus souvent les paralysies psycho-traumatiques : L'anesthésie et la paralysie coïncident et s'arrêtent brusquement, en procédant par segments de membres, sans suivre la topographie anatomique des nerfs. La contractilité faradique n'est point abolie au niveau des régions paralysées et l'on n'a jamais constaté la réaction de dégénérescence, quelle que fût l'ancienneté de la paralysie.

XVI. — *Note sur un cas d'atavisme*; par le Dr A. Paris, médecin-adjoint de Châlons-sur-Marne (numéro de septembre). — *Observation* : Une idiote épileptique, incapable de parler, qui ne peut émettre que des sons inarticulés, inéducable enfin, fredonne chaque jour correctement quelques airs anciens, toujours les mêmes et dans le même ordre. — « Toute sa famille aimait à chanter. »

Le Progrès médical.

I. — *Deux nouveaux cas de paralysie hystéro-traumatique chez l'homme*; par M. Charcot. — Leçon recueillie par Berbez et Babinski (nos 4 et 6). — 1er *cas* : Paraplégie hystéro-traumatique à la suite d'un accident de voiture. La paralysie est le résultat d'une *auto-suggestion* au moment de l'accident.

2e *cas* : Monoplégie brachiale hystéro-traumatique à la suite d'un tamponnement ayant porté sur l'épaule.

Les deux sujets présentent des stigmates d'hystérie. — Noter que le bras était maigri et les doigts violacés comme dans les paralysies d'origine organique.

II. — *De la déviation faciale dans l'hémiplégie hystérique*; par E. Brissaud et P. Marie (nos 5 et 7). — Il n'existe actuellement aucun caractère objectif qui permette de distinguer avec certitude une hémiplégie organique d'une hémiplégie hystérique. Il n'en est pas de même dans l'hémiplégie faciale. Quand cette dernière est de nature hystérique, la déviation de la bouche est due, non pas à une paralysie du facial du côté opposé, mais bien à la contracture des muscles du côté opposé à la paralysie.

III. — *Alcoolisme chez un enfant de quatre ans. Démence et épilepsie symptomatique de méningo-encéphalite. Diphthérie*; par MM. Bourneville et Baumgarten (n° 5). — Rachitisme. — Intelligence normale jusqu'à l'âge de trois ans. — Alcoolisme à partir de quatre ans (vin blanc). Convulsions qui se

reproduisent de plus en plus fréquemment, démence, gâtisme. — Mort par diphthérie. — Autopsie : méningo-encéphalite.

IV. — *Le surmenage scolaire*; par M. C. Féré (nos 6 et 7). — Après avoir énuméré les maladies scolaires, M. Féré expose que ces maladies ne sont pas, tant s'en faut, propres aux écoles et que les troubles attribués au surmenage scolaire se rencontrent surtout chez les sujets prédisposés.

V. — *Effets de l'électrisation statique sur quelques phénomènes hystériques;* par MM. Pitres et Blanc-Fontenelle (n° 8). — 1° *Effets de l'électrisation statique sur l'anesthésie hystérique* : Chez certains sujets, la sensibilité reparaît rapidement, chez d'autres lentement, chez certains enfin l'effet est nul.

2° *Effets sur l'état des forces* : L'hémiamyosthénie disparaît toujours. S'il y a seulement diminution notable des forces dans un ou plusieurs membres, l'électricité statique relève toujours les forces.

3° *Influence sur les différentes zones hystérogènes* : Elle a toujours été nulle.

4° *Effets sur les contractures provoquées* : Il y a affaiblissement et quelquefois disparition de la diathèse de contracture.

5° A l'état hypnotique, les sujets ne peuvent supporter l'électricité statique. Si on persiste, ils entrent en convulsions.

VI. — *La paralysie de l'isthme de Panama* (n° 9). — D'après M. le Dr Charcot, cette affection serait le Beriberi ou le Kakké, comme on dit au Japon. — Voici le résumé d'une observation de cette maladie peu connue chez nous : Après un mois de séjour à l'isthme, un homme, d'une bonne santé jusqu'alors, se plaint de fatigue dans les jambes, lesquelles sont œdématiées. Puis apparaît une paralysie presque subite des membres inférieurs et une parésie des mains qui rétrocède assez vite. Abolition du réflexe du genou. Diminution de l'excitabilité électrique et réaction de dégénérescence pour certains muscles.

VII. — *Considérations générales sur la folie des héréditaires ou dégénérés;* clinique des maladies mentales de M. Magnan (nos 10 et 11). — Plusieurs observations de folie des dégénérés : 1° Onomatomanie (coprolalie, écholalie, mots compromettants), délire mélancolique; 2° Débilité mentale. Délire ambitieux; 3° Folie morale. Perversions instinctives multiples, perversions sexuelles, vol, idées de suicide et d'homicide.

4° Débilité mentale. Accès délirants. Hypospodias périnéal à forme vulvaire.

Puis description succincte du délire chronique.

VIII. — *La maladie de Friedreich.* Leçon de M. le Dr Charcot, recueillie par MM. P. Berbez et H. Berbez (n° 23). Tableau clinique comparatif de l'ataxie infantile ou maladie de Friedreich.

IX. — *Sur le traitement de la migraine ophthalmique accompagnée;* par MM. Gilles de la Tourrette et Blocq (n° 24). — Les malades doivent être longtemps, constamment et fortement imprégnés de bromure. Il faut arriver vite à 6 grammes de médicament et ne jamais cesser le traitement avant trois ou quatre mois.

X. — *Faits pour servir à l'histoire du vertige paralysant (maladie de Gerlier);* par le Dr Maltenhoff, privat-docent d'ophthalmologie à l'université de Genève (n° 26). — Résumé d'une observation de cette maladie mal connue encore : accidents nerveux survenant par accès, surtout lorsque la tête est baissée. La vue s'obscurcit, contraction dans le cou qui force à tourner la tête, faiblesse dans les bras et les jambes, difficulté de marcher. Durée de l'accès, 20 à 25 minutes. L'accès revient plus ou moins fréquemment.

La cause de cette névrose doit être recherchée dans les conditions hygiéniques particulières des sujets atteints. Les malades couchaient dans des étables mal aérées. — Il se développait dans ces étables des miasmes spéciaux, des germes infectieux délétères pour l'homme et sans action sur les animaux.

XI. — *Les névroses réflexes d'origine nasale;* par M. Calmettes (n° 28). — Les affections nasales peuvent entraîner à leur suite des névroses qu'on peut diviser en deux classes : les névroses sur place et les névroses à distance. Parmi les premières, on a les éternuements qui durent des heures entières. Parmi les autres ou celles qui siègent sur une ou plusieurs branches du trijumeau, différentes céphalalgies, des névroses vaso-motrices, le spasme bronchique. Les réflexes peuvent même parfois se faire du côté du plexus cervico-brachial. On a aussi des réflexes du côté des nerfs cutanées.

XII. — *Hyperémie chronique du cerveau et de la moelle épinière;* par le Dr Langeveld (de Zwolle, Pays-Bas) (n° 28). — Surmenage intellectuel chez un étudiant. — Douleurs de tête et douleurs le long du rachis. Impossibilité de se livrer à aucun travail intellectuel, la conversation même devient impossible. Mélancolie. Traitement par l'hydrothérapie sans résultat. Application de vastes cautères très profonds le long de la colonne vertébrale. Guérison.

XIII. — *Tabes précoce et hérédité nerveuse;* par le Dr Paul Berbez, ancien interne des hôpitaux (n° 30). — A la suite d'une série de quatorze observations, l'auteur pose les conclusions suivantes d'autant plus intéressantes qu'on est très porté aujourd'hui à envisager le *tabes dorsalis* comme une conséquence de la syphilis héréditaire ou acquise. Remarquer que l'auteur est un élève de M. le Dr Charcot :

1° L'ataxie locomotrice est une maladie essentiellement héréditaire. — 2° La précocité de l'apparition de la maladie est en raison de l'hérédité nerveuse. — 3° Chez les tabétiques précoces, l'hérédité est proche; c'est chez les descendants directs et non dans la ligne collatérale que l'on retrouve la tare nerveuse. — 4° L'intensité de la maladie et la multiplicité des symptômes sont l'apanage des tabes précoces. — 5° Les deux maladies le plus souvent rencontrées à l'origine du mal sont : l'aliénation mentale (surtout la paralysie générale) et l'ataxie locomotrice. — 6° Bien qu'essentiellement héréditaire, l'ataxie précoce n'a rien de commun avec l'ataxie héréditaire de Friedreich.

XIV. — *Remarques sur dix cas d'opérations pratiquées sur le crâne et le cerveau;* par V. Horsley (n° 31). — Je me contente de noter ce travail qui n'est, en réalité, qu'une statistique. Mais la lecture en est très intéressante au point de vue de la réalité des localisations psycho-motrices et de l'innocuité relative des lésions opératoires de l'encéphale.

XV. — *Tuberculose de la protubérance chez un enfant*; par MM. Bourneville et Isch-Wall (n° 34). — Une observation inédite, suivie de dix observations analogues recueillies dans les auteurs. De l'ensemble des faits, les auteurs concluent à la grande variabilité des signes des tumeurs protubérantielles. Ils proposent d'établir trois catégories : 1° les tubercules évoluent sans symptômes jusqu'à la mort ; 2° les tubercules évoluent lentement et par poussées successives, accompagnées chacune de symptômes plus ou moins prononcées ; 3° tubercules à marche continue et progressive.

XVI. — *De la température dans l'état de mal épileptique*; par M. Bourneville (n° 35). — Réponse à M. Witkowski qui combattait les données établies par M. Bourneville sur la température dans l'épilepsie convulsive (voir la revue des journaux français pour 1885). Aujourd'hui M. Bourneville démontre que M. Witkowski n'avance rien de nouveau sur les variations de température dans le mal épileptique.

XVII. — *Note sur un cas d'amnésie verbale visuelle (avec autopsie)*; par M. Sigaud, interne des hôpitaux (n° 36). — Il y a *cécité verbale,* lorsque la mémoire des images visuelles des mots est totalement détruite, si bien que la vue même des mots écrits est incapable de réveiller ces images. Il y a *amnésie verbale visuelle* quand l'image visuelle des mots est seulement effacée et qu'elle peut être rappelée par la vue du mot écrit.

Observation: 1° pas de surdité verbale; 2° pas de cécité verbale; 3° pas d'aphasie motrice bien caractérisée, mais parfois paraphasie; 4° pas d'agraphie. Le sujet copie les mots qu'il voit écrits, mais il est incapable d'assembler dans son intelligence les lettres nécessaires à la formation d'un mot. Il y a donc de l'*amnésie verbale visuelle.*

Autopsie: Hémisphère droit absolument intact. Hémisphère gauche: deux ou trois lacunes au niveau du lobule pariétal inférieur, limites antérieures d'un foyer de ramollissement du volume d'un petit pois empiétant sur le pli courbe.

XVIII. — *Attaques d'hystéro-épilepsie supprimées par la suggestion hypnotique*; par M. P. Sollier, interne de Bicêtre (n° 42). — La malade avait des attaques violentes et fréquentes qui cessèrent brusquement sous l'influence de la suggestion hypnotique. L'auteur fait remarquer que les attaques seules ont disparu, tandis que les stigmates de l'hystérie persistent.

XIX. — *Note sur le traitement de la maladie de Basedow et sur quelques particularités de cette affection*; par M. Vigouroux (n° 43). — Le traitement consiste en la faradisation au niveau de la carotide sous l'angle de la mâchoire, l'autre électrode, le positif, est maintenu sur la nuque. Ensuite on faradise au niveau de l'orbiculaire des lèvres, puis enfin sur la thyroïde.

La seconde partie de la note a trait aux *paralysies et atrophies musculaires* qu'on observe dans le cours de la maladie de Basedow, — *au signe de Graefe* (quand la pupille est portée en bas, la paupière supérieure ne l'accompagne pas), — *au faux œdème des paupières*, — à l'*hérédité directe* de la maladie.

XX. — *Note sur l'étiologie de l'épilepsie*; par M. P. Marie (n° 44). — Considérations pathologiques générales d'un grand intérêt. Aussi bien dans l'enfance qu'à l'âge adulte, c'est à l'influence d'une cause extérieure au malade (maladies générales, infection), que l'on doit, dans la grande majorité des cas, la production de l'épilepsie. Quant à l'influence de l'hérédité, elle est secondaire, elle n'agit que comme cause prédispo-

sante. Si l'hérédité, à elle seule, peut faire un hystérique, un dégénéré, jamais sans l'aide d'une cause extérieure, elle ne fera un épileptique, c'est tout au plus si elle le « *désignera* ».

XXI. — *Mélancolie anxieuse avec délire des négations*; par M. J. Séglas (n° 46). — *Observations* : Antécédents héréditaires. Deux accès de mélancolie à forme anxieuse, troisième accès à la ménopause. État d'anxiété, hallucinations de la vue, idées de persécution, de ruine, de négation, tentative de suicide, mutisme prolongé, analgésie, attitude orgueilleuse.

XXII. — *De l'audition colorée*. Revue critique; par M. Baratoux (n°s 50, 51 et 52). — *L'audition colorée* est un phénomène qui consiste en ce que deux sens différents sont simultanément mis en activité par une excitation produite sur un seul de ces sens. Ainsi certains individus peuvent donner une couleur verte, rouge, jaune, etc., à tout bruit, à tout son qui vient frapper leurs oreilles. Cette faculté de l'audition colorée se développe dès l'enfance et le plus souvent persiste toute la vie. Certains sujets n'extériorisent pas la sensation visuelle; d'autres, au contraire, l'extériorisent et voient, par exemple, l'image colorée s'élever au-dessus des touches d'un piano.

L'auteur énumère les théories diverses qu'on a présentées pour expliquer le phénomène de la vision colorée. Pour lui, il existe des rapports réciproques physiologiques entre les différents sens, et il donne des faits à l'appui de son opinion.

XXIII. — *Hystérie et syphilis*. Leçons du professeur Charcot (n° 51). — Il arrive que l'hystérie, jusqu'alors latente, se manifeste à propos d'une intoxication, d'un traumatisme, d'une maladie intercurrente. Observation d'un homme syphilitique qui présente des symptômes nerveux qu'on met sur le compte de la syphilis, mais qui appartenaient à l'hystérie: hémiplégie avec hémianesthésie, céphalée, attaques épileptiformes.

Annales d'hygiène publique et de médecine légale.

I. — *L'automatisme somnambulique devant les tribunaux;* par le Dr Paul Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale des aliénés de la préfecture de police (numéro d'avril). — Observation médico-légale d'un jeune homme qui avait dévalisé un de ses voisins sans prendre aucune précaution pour sa sûreté, agissant enfin comme s'il avait fait la chose la plus naturelle,

Ce jeune homme était en réalité inconscient. Il était atteint d'hystéro-épilepsie et de somnambulisme spontané, et il avait agi pendant un accès de somnambulisme. — Relation des faits de somnambulisme et de suggestion observés chez ce malade alors qu'on l'étudiait à l'hôpital.

II. — *Rapport sur l'état mental d'un individu inculpé d'assassinat et de tentative de meurtre*; par le D[r] Motet (numéro de mai). — Il s'agit d'un dégénéré qui avait lacéré de coups de couteau une fille publique et qui a blessé à coups de revolver deux individus venus au secours de la fille. — Le meurtrier était atteint d'un délire chronique, type de délire des dégénérés. Il avait imaginé une religion, mélange absurde d'astronomie et de métaphysique. M. Motet fait une analyse très délicate de l'état mental de ce malade qui, outre son délire, était ivrogne et avait des manifestations convulsives fréquentes à la suite de ses excès. L'impulsion homicide s'explique par la dégénérescence du sujet et par l'intoxication alcoolique si facile chez les dégénérés. Un obstacle à la réalisation d'un simple délit a suffi pour provoquer l'explosion toute pathologique de l'impulsion homicide.

III. — *Les faux témoignages des enfants devant la justice*; par le D[r] A. Motet (numéro de juin). — Il faut être très prudent et très réservé en présence des dépositions des enfants. Les dépositions mensongères peuvent être, chez eux, la conséquence d'une simple perversion instinctive, mais souvent aussi elles sont l'effet d'un véritable processus pathologique. Les convictions sont alors parfois sincères chez les enfants accusateurs. Leur état mental n'est pas sans analogie avec celui de certaines hystériques, dont les mensonges très compliqués sont constitués mi-partie de vrai, mi-partie de faux.

Cette opinion, M. Motet la base sur plusieurs observations curieuses. Il s'agit d'enfants faussement accusateurs, dont M. Motet a été chargé d'examiner l'état mental. L'un d'eux s'accusait lui-même d'avoir noyé un de ses petits camarades. — Nous recommandons la lecture de ces expertises difficiles qui exigent, pour être menées à bien, un sens clinique des plus délicats.

IV. — *Un cas de fratricide. Expertise médico-légale*; par le D[r] Cougit (de Toulon) (numéro d'août). — L'examen du cadavre de la victime conduit l'auteur à des conclusions médico-légales qui n'ont évidemment aucun intérêt au point de vue de la psychiatrie. Il n'en est pas de même de la partie de l'exper-

tise qui porte sur l'examen de l'assassin. Ce dernier était épileptique depuis son enfance, ses attaques convulsives étaient assez fréquentes; mais l'expert n'ayant retrouvé dans les amnésiques aucun fait d'impulsion comitiale, conclut à la responsabilité. Il admet cependant que l'épilepsie atténue, en partie, cette responsabilité.

V. — *La loi sénatoriale sur les aliénés*; par le Dr E. Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille (numéro de septembre). — « Ce mémoire a un double but : tout d'abord mettre en relief les principales dispositions de la loi et montrer en quoi elle diffère de la législation en vigueur... En second lieu apprécier les décisions de la Chambre haute et donner mon avis. » Ce qui a trait aux innovations de la loi votée par la Chambre haute n'a pas d'intérêt pour les lecteurs des *Annales médico-psychologiques*, qui tous connaissent et la législation actuelle et la loi nouvelle votée par le Sénat. Quant aux appréciations de M. Marandon de Montyel sur la loi telle qu'elle a été formulée par le Sénat, elles sont au contraire pleines d'intérêt et nous en recommandons la lecture à tous les aliénistes.

Nous ne pouvons analyser complètement ce travail, nous relevons seulement les passages les plus originaux. — L'auteur repousse les asiles privés admis par le Sénat, il trouve particulièrement extraordinaire la faculté laissée à ces asiles de faire fonction d'asiles publics. Il demande la suppression des quartiers d'hospice destinés aux aliénés. « L'exploitation de l'indigent s'y pratique comme dans les asiles privés. » — Il s'élève contre la réunion des fonctions médicales et administratives dans les asiles. Les soucis de la direction, pense-t-il, empêchent le médecin de s'occuper suffisamment de la médecine. Il y a dans cette assertion la preuve de l'indépendance d'esprit de l'auteur, qui se met ainsi en opposition avec l'immense majorité de ses confrères. Il serait, du reste, facile de combattre sa proposition avec ses propres armes : Le meilleur moyen de traitement de la folie, dit-il, consiste en dehors de l'isolement, en l'influence morale du médecin. Le médecin traitant a donc besoin d'un certain prestige. Eh bien, en dehors des grands asiles de la Seine et de quelques grands asiles de province, où le médecin est réellement chef de son service et possède l'autorité nécessaire sur ses malades et sur son personnel, dans tous les asiles de moyenne importance, pourvus d'un directeur et d'un médecin, ce dernier, aux yeux de l'administration préfectorale,

aussi bien qu'aux yeux des employés et des malades, n'est qu'un simple subordonné du directeur. Souvent même il est considéré par toute la gent bureaucratique comme un parasite, un inutile, qui ne guérit pas ses malades et dont il serait avantageux de se passer. Ceux qui ont rempli les fonctions de médecin en chef dans certains asiles de province ne me démentiront pas; que devient alors le prestige du médecin, si nécessaire au traitement des malades?

Mais si nous nous sommes permis ces quelques lignes de critique, en revanche nous sommes en parfait accord avec M. Marandon de Montyel sur tous les autres points de son mémoire. La création des médecins inspecteurs est mauvaise, l'ingérence du préfet sur les sorties des malades et sur leurs maintenues est regrettable. Les placements volontaires devraient être rejetés, etc...

Nous répéterons encore que cet article est très intéressant et qu'il doit être lu.

VI. — *Rapport sur l'état mental d'un individu inculpé de vol. — Perversion sexuelle. — Onanisme impulsif chez un héréditaire dégénéré*; par M. le Dr Paul Garnier (numéro de septembre). — Il s'agit de ce dégénéré héréditaire dont MM. Blanche et Magnan ont déjà donné l'histoire. — Ce malade avait une perversion sexuelle des plus bizarres; la vue d'un tablier blanc excitait chez lui l'orgasme vénérien. Il s'emparait des tabliers blancs qu'il voyait, les emportait, les cachait; puis, seul, il se les attachait autour du corps et l'excitation génésique était, par ce simple fait, portée chez lui jusqu'à l'éjaculation. Son observation est, du reste, très connue.

L. Camuset.

BIBLIOGRAPHIE

Etude sur la résistance électrique chez les mélancoliques; par M. le D[r] Auguste Vigouroux. Rueff et C[ie], Paris, 1890.

En juillet 1890, notre distingué collègue, M. le D[r] Séglas, communiquait à la Société médico-psychologique ses curieuses recherches sur la résistance électrique dans la mélancolie vésanique, résistance qu'il avait trouvée considérablement augmentée. Cette communication qui révélait un fait jusqu'alors inconnu inspira à M. Auguste Vigouroux, interne à l'asile Sainte-Anne, l'idée d'étudier cette résistance dans toutes les variétés de lypémanie. Élève de son oncle, le savant électrothérapeute si connu, il était bien préparé à de telles investigations. Il les porta sur cinquante-six sujets mélancoliques, savoir : quarante et un vésaniques, cinq alcooliques, deux convulsifs, trois congestifs, cinq dégénérés, dont il rapporte en détail les observations. De ce travail considérable M. Vigouroux a tiré les conclusions suivantes : 1° l'augmentation de la résistance électrique est constante dans la mélancolie vésanique; 2° elle semble être en rapport avec l'intensité des symptômes physiques; 3° elle n'est pas un symptôme pathognomonique de la mélancolie vésanique, mais elle est commune aux états mélancoliques; 4° elle semble confirmer la théorie qui fait jouer un rôle important à l'état des vaso-moteurs dans la production de la mélancolie.

La troisième conclusion ne me paraît pas rigoureusement conforme aux résultats expérimentaux obtenus par M. Vigouroux. Nous lisons, en effet, dans son travail, que chez les mélancoliques dégénérés la résistance électrique, loin d'être augmentée comme dans les autres lypémanies, est au contraire diminuée et à un degré notable. A ce propos, notre jeune confrère remarque lui-même avec beaucoup de justesse que le tableau des symptômes physiques de la mélancolie dégénérative est spécial. Au lieu des artères contractées des autres mélancoliques, écrit-il, nous trouvons des artères dilatées, animées de pulsations souvent irrégulières; la peau est humide, couverte

de sueur; au point de vue mental, ces malades sont des émotifs à stigmate psychiques, à obsessions, qui, à la moindre émotion, ont des palpitations, et à la plus petite excitation des réactions disproportionnées. Tout cela est très exactement observé et décrit. Si j'insiste sur ce point particulier, c'est que j'y trouve une confirmation inattendue, qui me ravit, des idées que je défends sur les folies simples et les folies dégénératives dont la symptomatologie et l'évolution offriraient des différences radicales, bien que leur étiologie ne diffère que par l'intensité des causes, les mêmes, mais faibles dans les premières et fortes dans les secondes.

M. Vigouroux a donc rendu, je crois, un réel service à notre science en montrant ainsi dans toutes ses nuances la résistance électrique des divers lypémaniaques; il a contribué par là à justifier des distinctions que je juge essentielles. M. Sollier, il est vrai, a publié dans la *France médicale* du 5 décembre une note lue à la Société clinique de Paris, dont les conclusions sont : 1° l'augmentation de la résistance électrique paraît un phénomène constant dans la mélancolie; 2° cette augmentation varie avec les améliorations et les aggravations, même passagères, de l'état mental; 3° sa décroissance progressive indique, quelquefois avant tout autre signe, une tendance à l'amélioration et à la guérison, d'où son importance au point de vue du pronostic; 4° la décroissance se fait simultanément pour la résistance thoracique et céphalique, mais dans un rapport différent pour les deux, d'où l'utilité de les mesurer chacune; 5° la résistance électrique céphalique étant en rapport avec l'état psychique et paraissant d'autre part diminuer sous l'influence de la galvanisation cérébrale appliquée suivant certaines règles, il y a utilité à soumettre les mélancoliques au traitement galvanique, concurremment avec les autres traitements applicables en pareils cas. Mais tout d'abord le travail de M. Vigouroux a été déposé comme thèse de doctorat dès le 15 novembre. Ensuite, bien que M. Sollier ne rapporte aucune observation à l'appui de ses assertions, il ressort de son exposé qu'il n'a opéré que sur des vésaniques. Il dit que depuis deux ans déjà, il a noté les particularités qu'il signale; dans ce cas, il est fâcheux pour lui qu'il n'ait pas parlé plus tôt; car on ne saurait contester à M. Séglas d'avoir le premier appelé l'attention sur la résistance électrique des mélancoliques vésaniques, ni à M. Vigouroux de l'avoir le premier recherchée dans toutes les variétés de lypémanie. Néanmoins, M. Sollier est en droit de revendi-

quer la priorité des recherches dans ce sens à l'aide de l'application du courant transversal bi-temporal, mais est-il bien sûr qu'aujourd'hui il soit aussi prouvé qu'il le certifie, que le courant électrique traverse réellement le cerveau?

Toutes ces choses sont intéressantes et neuves, appelées à fournir dans les lypémanies, au triple point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement, des indications précieuses, non soupçonnées jusqu'à ce jour, et c'est pourquoi j'ai cru pouvoir en parler un peu longuement dans ce recueil. La question d'ailleurs n'est pas encore complètement élucidée. Grâce aux travaux de M. Auguste Vigouroux, nous savons maintenant ce qui se passe dans les diverses variétés de mélancolie, mais que se passe-t-il dans les autres formes mentales, dans les démences et les manies? Il me semble indispensable de le connaître avant de rien conclure, car s'il arrivait que là aussi la résistance électrique fut augmentée, les déductions tirées de prémisses incomplètes s'écrouleraient. Que M. Vigouroux nous fixe sur ce point en utilisant les déments et les maniaques de son service, comme il en a si bien utilisé les mélancoliques, et il aura enrichi la science de données aussi complètes que précises sur la résistance électrique dans la folie.

Dr E. Marandon de Montyel.

Lectures on some points in the treatment and management of Neuroses (*Leçons sur quelques points du traitement et du régime des névroses*); par le Dr E.-C. Seguin. New-York, 1890.

Ces trois intéressantes leçons abordent un si grand nombre de détails et passent en revue des questions si multiples qu'on ne saurait en donner qu'un aperçu très incomplet. L'auteur étudie successivement le traitement de l'épilepsie, de la chorée, de la migraine, de la névralgie trifaciale et de la maladie de Basedow.

L'épilepsie idiopathique est presque incurable, néanmoins les bromures — seuls médicaments réellement efficaces — administrés judicieusement, améliorent l'état des malades et dans quelques cas suppriment les attaques d'une façon complète et parfois définitive. On ne peut compter sur la guérison qu'après cinq ans au moins passés sans attaques, dont un sans traitement.

Dans la chorée, l'arsenic est à peu près le seul médicament héroïque, à la condition de le donner à la dose convenable. Au-dessous de quinze gouttes de liqueur de Fowler, trois fois par jour, il n'y a rien à attendre de ce remède.

La migraine, selon l'auteur, tient à la fois à une constitution arthritique et à des imperfections de la fonction visuelle. Tous les migraineux ont un vice de l'accommodation ; aussi doit-on les soumettre à un traitement destiné à modifier cet état par les mydriatiques (chanvre indien, belladone) et des verres correcteurs. L'accès de migraine lui-même est avantageusement modifié par l'antipyrine et la caféine.

L'aconitine est le seul remède efficace contre la prosopalgie; elle échoue rarement quand elle est bien administrée. Combinée avec une compression légère et intermittente des globes oculaires, elle donne aussi de bons résultats dans le goitre exophtalmique.

L'auteur passe ensuite au régime diététique et hygiénique qui convient aux névroses, et à ce sujet il propose une théorie originale de la genèse des troubles nerveux qu'on observe si fréquemment aux États-Unis : ils seraient dus à l'abus des substances amylacées, féculentes, sucrées et alcooliques, et à l'insuffisance des boissons aqueuses et des substances azotées ; d'où l'indication de changer complètement le régime ; de conseiller des boissons aqueuses en abondance, des substances grasses, des viandes et des légumes verts, en excluant la plupart des farineux, le sucre et l'alcool, dont les névrosés ont souvent tendance à faire abus. L'hydrothérapie, le massage, l'exercice et l'électricité à titre de pratiques hygiéniques, apportent aussi leur important concours à la guérison des névroses.

Enfin, le D[r] Seguin termine par des remarques judicieuses sur l'abus de certains médicaments et met surtout ses lecteurs en garde contre l'emploi inconsidéré des bromures et de la morphine et surtout contre la tendance des malades à abuser, à titre de stimulant, de vins et de liqueurs qui mènent tout doucement les femmes, principalement, à l'alcoolisme chronique.

A. Cullerre.

The Insane in the province of Quebec (*Les aliénés dans la province de Québec*) ; par le Dr A. Vallée, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Québec, 1890.

Cette brochure est un rapport adressé par le Dr Vallée, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Québec, à l'administration de cette province, rapport dans lequel il rend compte des observations qu'il a faites en Europe à l'occasion du Congrès international de médecine mentale de Paris, en 1889.

L'auteur passe en revue, pour en tirer les enseignements qu'ils comportent, les desiderata signalés dans la législation française relative aux aliénés, la valeur relative des personnels laïque et congréganiste, les causes de l'encombrement des asiles, l'organisation du travail des aliénés, particulièrement à l'asile de Gand, où il lui a paru intelligemment organisé.

Constatant les inconvénients qui résultent de l'admission des idiots et des imbéciles dans les asiles, il montre que la question de l'assistance de ces malheureux est en train de faire chez nous de réels progrès et il rappelle que le Congrès international d'assistance publique a adopté une proposition du Dr Bourneville, émettant le vœu que des établissements spéciaux ou départementaux ou interdépartementaux soient rendus obligatoires pour recueillir les enfants idiots, imbéciles ou épileptiques. Il relate ses visites aux quartiers d'enfants de la Salpêtrière, de Vaucluse et de Bicêtre ; il a été émerveillé des résultats obtenus dans ce dernier établissement.

Il passe en revue les moyens qui ont été proposés pour désencombrer les asiles : création d'asiles d'incurables, de colonies agricoles, et le placement des aliénés chez les particuliers ; ce qui lui fournit l'occasion de donner une description de la colonie de Gheel.

Enfin il termine par l'examen des mesures proposées pour la répression de l'alcoolisme et des intoxications similaires.

A. Cullerre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Étude sur la résistance électrique chez les mélancoliques ; par le Dr Aug. Vigouroux. Broch. in-8° de 51 pages. Paris, 1890. J. Rueff et Cie, édit.

— Seventh biennal Report of the Illinois Eastern hospital

for the insane, at Kankakee (Septième rapport biennal de l'hospice d'aliénés de l'Est-Illinois, à Kankakee). Broch. in-8° de 114 pages. Springfield, 1890.

— Hypnotisme et croyances anciennes; par le Dr L. R. Régnier. 1 vol. in-8° carré sur papier japon. 223 pages avec figures et quatre planches. Paris, 1891. Publications du *Progrès médical*.

— Compte général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1888, présenté au Président de la République par le garde des sceaux, ministre de la justice et des cultes. 1 vol. in-4° de 176 pages. Paris, Imprimerie nationale, 1891.

— Bromuration et antisepsie intestinale; par le Dr Ch. Féré Broch. in-8° de 23 pages avec 2 planches. Extrait de la *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, t. III.

— La responsabilité criminelle et la responsabilité médico-légale; par le Dr Emile Dortel. 1 vol. in-8° de 180 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

— La grippe et l'aliénation mentale; par le Dr Albert Leledy, interne à l'asile d'aliénés de Bourges. 1 vol. in-8° de 200 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

— L'idiotismo mixedematoso. Rassegna (L'idiotie myxédœmateuse. Revue); par le Dr G. Peli, vice-directeur du manicome de Bologne. Broch. in-8° de 14 pages. Extrait du *Bulletino delle scienze mediche*. Bologne, 1891.

— Ueber die Gewebsvernderæungen des Rückenmarks in Folge von Compression (Des changements de tissus de la moelle à la suite de compression); par les Drs Rosenbach et A. Schtscherback, de Saint-Pétersbourg. Broch. in-8° de 36 pages avec planches. Extrait des *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie*. Berlin, 1890.

— Etudes sur les maladies cérébrales et mentales; par le Dr Jules Cotard. Préface de M. le Dr Jules Falret. 1 vol. in-8° de 443 pages. Paris, J.-B. Baillière, 1891.

— Congrès annuels de médecine mentale. Première session tenue à Rouen du 5 au 9 août 1890. Comptes rendus des séances et mémoires. 1 vol. in-8° de 354 pages. Paris, G. Masson, 1891.

— La mortinatalité dans le département des Côtes-du-Nord (1880-1889) et plus spécialement dans l'arrondissement de Saint-Brieuc; par le Dr Paul Aubry. Broch. in-8° de 23 pages. Extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1891.

VARIÉTÉS

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Décret du* 2 *avril* 1891 : Sur la proposition du ministre de l'intérieur, M. le Dr Viret (Isaac), directeur-médecin en chef honoraire de l'asile départemental d'aliénés de Prémontré (Aisne), a été nommé chevalier de l'ordre national de la Légion d'honneur. Interne à l'asile de Saint-Yon en 1850, à la maison nationale de Charenton en 1854 et à l'asile de Blois en 1857. Ancien médecin adjoint à l'asile de Quatre-Mares. Successivement, de 1859 à 1891, directeur-médecin des asiles de Saint-Lizier, d'Auch et de Prémontré. Inspecteur des enfants du premier âge et délégué cantonal. Quarante ans de services.

— *Arrêté du* 23 *mars* 1891 : M. le Dr Pilleyre est nommé directeur-médecin en chef de l'asile d'aliénés de Prémontré, en remplacement de M. Viret, admis à faire valoir ses droits à la retraite et nommé directeur-médecin honoraire. M. Pilleyre est placé dans la 2e classe de son grade (6,000 fr.)

NÉCROLOGIE.

Dr Rœderer. — Nous apprenons la mort de M. le Dr Jules Rœderer, décédé à Strasbourg, dans sa soixante-dix-neuvième année. Il avait été médecin en chef, de 1842 à 1850, de l'asile d'aliénés de Stéphansfeld (Bas-Rhin). A cette époque il donna sa démission, renonça à l'exercice de la médecine pour se mettre à la tête d'un établissement industriel. Le docteur Rœderer laisse quelques travaux scientifiques très estimés sur l'aliénation mentale, entre autres, d'intéressants rapports sur le service médical qu'il dirigeait : ceux relatifs aux années 1840 et 1841 ont été insérées dans la *Gazette médicale* de Strasbourg. Il a publié à part une importante *Notice sur le service médical de l'asile public d'aliénés de Stéphansfeld* (1842, 1843 et 1844), dont Lunier a rendu compte dans les *Annales* (1846, t. VIII, p. 304.)

Le Dr Rœderer a eu pour médecin-adjoint, Renaudin, et

pour successeur dans ses fonctions de médecin en chef, notre savant collaborateur, M. le Dr H. Dagonet.

Dr Ernest Brémond. — Nous avons le regret d'annoncer la mort du Dr Ernest Brémond, médecin du lycée Condorcet, décédé, le 10 avril 1891, dans sa cinquante-troisième année.

Le Dr Brémond a été interne de la maison de Charenton, puis médecin-adjoint de la maison de santé Esquirol, à Ivry-sur-Seine. Il rédigea les *Leçons sur la physiologie générale et comparée du système nerveux*, que le professeur A. Vulpian fit au Muséum pendant le second semestre de 1864, en suppléant Flourens, et les publia en 1866 (1 vol. in-8°, Germer-Baillière, édit.). La thèse qu'il soutint en 1871 traite de l'*Hygiène de l'aliené;* elle est intéressante et mérite encore d'être consultée.

SÉANCE SOLENNELLE DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le 27 avril 1891, sous la présidence de M. Bouchereau.

Le *prix Esquirol* (200 fr. plus les œuvres d'Esquirol) a été décerné, sur le rapport de M. Arnaud, à M. Bonnet, interne de l'asile de Villejuif (service de M. Vallon), pour son mémoire manuscrit intitulé : *Contribution à l'étude de la paralysie générale chez l'homme et plus particulièrement dans ses rapports avec la syphilis et l'alcoolisme*.

Le *prix Belhomme*, d'une valeur de 800 francs, avait pour sujet : *De la vision chez les idiots et les imbéciles*. Sur les conclusions du rapport de M. Pichon, le prix a été décerné à MM. Marie et Bonnet, internes des asiles de la Seine; une mention honorable a été accordée à M. Armand Guibert, interne des hôpitaux.

Le *prix Aubanel*, destiné au meilleur mémoire manuscrit sur la *Folie chez les vieillards*, n'a pas été décerné. Sur le rapport de M. Collineau, une récompense de 1,200 francs a été attribuée à l'unique travail envoyé, dont les auteurs sont MM. Mabille, médecin-directeur, et Lallemant, médecin-adjoint de l'asile d'aliénés de Lafont, près La Rochelle.

Pour le *prix Aubanel* à décerner en 1891, la Société propose la question suivante : *Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution*.

La séance s'est terminée par la lecture faite par M. Ritti, secrétaire général, de l'Éloge du Dr Achille Foville, inspecteur général des asiles d'aliénés et secrétaire général de l'Association générale des médecins de France.

Souscription au buste de Baillarger.

Première liste.

MM. les D^{rs}	Blanche	100 fr.
	Falret	200
	Bouchereau	100
	Mitivié	40
	Ritti	40
	Vallon	40
	Théophile Roussel	20
	Saury	20
	Raffegeau	20
	Magnan	50
	H. Dagonet	20
	Collineau	20
	Ball	20
	Semelaigne	100
	Arnaud	20
	René Semelaigne	20
	Moreau (de Tours)	20
	J. Luys	20
	Febvré	20
	Dubuisson	20
	Jules Voisin	20
	Ph. Chaslin	20
	P. Pottier	20
	Delasiauve	10
	Loiseau	20
	Auguste Voisin	20
	G. Ballet	20
	Paul Garnier	20
	Briand	20
	Riu	10
	Dupain	10
	Giraud	20
	Taule	10
	Vétault	10
	Marandon de Montyel	10
	Rouillard	10
	Mabille	20
	Lallemant	10
	Parant	10
	Meuriot	20
	A reporter...	1,220 fr.

	Report. . . .	1,220 fr.
MM. les Drs	Auburtin.	10
	Goujon.	20
	Brunet.	20
M. Lardot.		40
Association des internes et anciens internes des asiles de la Seine		100
	Total de la 1re liste.	1,410 fr.

NOTA. — Les souscriptions au buste de Baillarger doivent être adressées à M. le Dr MITIVIÉ, 260, boulevard Saint-Germain, à Paris.

LES BUVEURS D'ÉTHER (1).

L'ivrognerie par l'éther (*Ether Drinking*) n'est pas de constatation nouvelle. Voici un demi-siècle environ que cette coutume a pris en Irlande, un demi-siècle que sans s'en émouvoir on en supporte les ravages, et que d'un ton froid on se confie que d'année en année ses ravages vont croissant.

Quelle est l'origine de l'*Ether Drinking?* A quelles circonstances en attribuer les progrès? Quel est le mode d'emploi le plus usuel et la mesure dans laquelle on abuse du spiritueux? Sur quelles couches sociales, avec le plus d'âpreté, sévit cette passion, cette perversion du goût, en quelque sorte endémique? Autant de questions, qu'à propos d'une enquête récente, s'est posées la *Société pour l'étude et la guérison de l'ivrognerie*, de Londres, et qu'elle a posées à son tour aux médecins et aussi aux pasteurs de l'Irlande, en sollicitant le concours de leurs lumières.

Chargé du dépouillement et de la mise en ordre des documents nombreux et parfois contradictoires parvenus au siège de la Société, M. Ernest Hart a publié, dans le *British medical Journal* du 18 octobre 1890, le résumé de toutes ces recherches.

L'origine de l'ivrognerie par l'éther serait, s'il faut en croire la rumeur publique en Irlande, assez piquante. Elle serait tout simplement le fruit de fougueuses prédications. La vérité est que vers 1842 le Révérend Père Mathew tonnait à Drapers-

(1) Cet article est emprunté à la *Revue mensuelle de l'École d'anthropologie de Paris* (numéro du 15 avril 1891). Nous recommandons vivement à l'attention de nos lecteurs cette intéressante publication, qui paraît depuis le mois de janvier 1891 (Félix Alcan, édit.), et nous signalerons tout particulièrement, dans les numéros déjà parus, les deux articles suivants: *Du cri à la parole*, par M. André Lefèvre, et *les Fonctions intellectuelles et instinctives*, par le Dr J.-V. Laborde.

town contre l'abus du whisky. Dociles autant qu'orthodoxes, les ouailles du Père Mathew n'eurent plus qu'un souci : celui de vivre en paix avec leurs appétits et avec leur conscience. Dès lors on répudia le whisky et l'on se mit à s'enivrer d'une liqueur ayant avec lui analogie de couleur et d'aspect. C'est en effet à dater de ce temps-là qu'on a fait, en Irlande, abus de l'éther comme boisson. . . . .

De Draperstown, où selon le Dr Draper, elle serait née, cette coutume se serait propagée avec une déplorable rapidité. Au dire du Dr Walt. Bernard, le « total movment » de 1846 lui aurait imprimé une impulsion considérable. D'autres n'y voient, comme le Dr Neven, que les sévérités fiscales sur l'alcool, ou encore, comme le Révérend Père Peter, que l'emploi thérapeutique de l'éther à mettre en cause. Quant à Ern. Hart, il fait, non sans raison, remarquer que l'usage de l'éther comme boisson a commencé à prendre une extension nouvelle à partir de l'époque (1855) à laquelle l'alcool employé dans l'industrie put entrer libre de droits à la condition d'être dénaturé au dixième à l'aide du naphte de bois « methylated spirit ». Et ceci, par la raison que la distillation de ce mélange donne aisément un éther sept fois moins cher que l'éther ordinaire et n'en différant que fort peu. Toujours est-il que dans la partie sud du comté de Londonderry, à Draperstown, Maghera, Cookstown, Tobermore, Moneymore, où l'ivrognerie par l'éther est particutièrement répandue, c'est à l'éther méthylique que l'on a communément recours. La dose ordinaire est de 5 à 10 grammes. On y revient en général de trois à six fois par jour, et cela est d'autant plus facile que l'éther méthylique ne revient pas à plus de 1 fr. 30 le litre.

Il y a plusieurs manières d'absorber l'éther. Les uns, c'est le plus grand nombre, commencent par avaler une gorgée d'eau. Ensuite, ils ingurgitent l'éther, puis immédiatement après, ils se rincent la bouche d'une nouvelle gorgée d'eau qu'ils avalent. Les autres, les grands buveurs, d'après le Dr Groves, prennent l'éther pur sans préparation en ayant soin tout simplement de se boucher le nez au moment où ils l'avalent. Il en est, c'est l'exception, qui absorbent par jour jusqu'à une pinte (0 litre 578) de la funeste liqueur. C'est à un mélange, enfin, de whisky et d'éther que les raffinés donnent la préférence.

Le Dr Carter, de Cookstown, prouve, chiffres en mains, que dans deux petits villages du voisinage, il se débite par an plus de 1,000 gallons d'éther, soit environ 4,543 litres.

Ce sont surtout les classes nécessiteuses qui sont tributaires de cette singulière perversion du goût. Ce sont aussi, depuis ces dernières années, les cultivateurs, d'après les observations du

Dr Bernard, et en dépit des efforts du clergé pour tenir secrète la chose, seuls les catholiques seraient en Irlande dominés par cette passion.

Les effets de l'éther comme boisson sont de deux ordres. Ils sont immédiats ou consécutifs. A dose modérée, il provoque presque instantanément une ébriété gaie et loquace avec illusion de légèreté et besoin de locomotion. De là, l'attraction. Cette ivresse est passagère. De là, les récidives rapprochées et successives. A dose massive, c'est la stupeur, la lividité de la face, la profusion de la salive et même chez ceux pour qui le mélange d'éther et de whisky est la liqueur favorite, l'attaque convulsive épileptiforme que caractérisent la chute, les spasmes, l'écume buccale, l'abolition du sentiment, etc.

A la longue, les excès répétés d'éther détermineraient, au dire des rares observateurs qui se sont préoccupés de la question, une prostration nerveuse profonde, avec tremblement, lividité de la face, palpitations et irrégularité cardiaque, gastrite subaiguë, atonie musculaire et mentale, amaigrissement et exagération des réflexes.

Médecins l'un et l'autre de l'asile des aliénés de Londonderry, les docteurs Hetherington et Bernard sont d'accord pour affirmer la fréquence de la folie ainsi que de la mort subite par suite des excès d'éther.

Cantonnée jusqu'ici à la partie sud du comté de Londonderry, l'ivrognerie par l'éther tendrait actuellement à se propager fort au delà. Des documents coordonnés par Ern. Hart, il résulte que le Lincolnshire et Londres ont leurs *Ether Drinkers*, et pour conjurer le fléau, il y a urgence à mettre, par une loi, terme à la licence avec laquelle, pour un peu de monnaie, l'éther à dose considérable est sous la main du premier venu.

Telles sont les plus récentes informations que possède l'ethnologie sur cette aberration étrange dont, à notre époque, semble gagnée toute une population.

Dr COLLINEAU.

LE PROJET DE LOI SUR LES ALIÉNÉS, DE M. J. REINACH.

Dans la chronique du dernier numéro des *Annales*, notre excellent collaborateur, M. A. Giraud, a fait un examen judicieux de ce projet de loi qui, selon l'habitude, a provoqué dans la presse politique des appréciations plus ou moins malveillantes sur les médecins aliénistes. Nous devons cependant faire une exception. Le *Temps*, dans son numéro du 1er avril 1891, a publié sous la signature : Dr Horace Bianchon, une « causerie médicale », presque entièrement consacrée

à la critique du projet de loi de M. Reinach. Les observations si justes et si bienveillantes qu'elle contient sur le rôle du médecin aliéniste, et auxquelles le journalisme ne nous a guère accoutumés depuis quelques années, nous engagent à reproduire intégralement l'article de notre confrère :

« La loi sur les aliénés, présentée par M. Joseph Reinach, et prise en considération par la Chambre, donne lieu, dit notre confrère, à de nombreux commentaires.

C'est une question compliquée, au courant de laquelle il faudrait mettre le public une bonne fois, car elle risque d'être traitée un peu trop théoriquement par quelques-uns de nos confrères de la presse.

Je voudrais, non pas la résoudre, mais la poser avec précision, dire ce que souhaitent les promoteurs du projet de loi et ce que pensent les spécialistes du genre, les maîtres aliénistes au-dessus de tout soupçon possible, que j'ai longuement interrogés en vue de cet article.

Les partisans d'une réforme estiment, que l'opinion publique, émue par quelques faits relativement récents, les oblige à en prendre l'initiative. Guidés en même temps par un sentiment de commisération, de charité, ils voudraient entourer de plus de garanties l'internement des aliénés, pour rendre impossible toute séquestration arbitraire.

Evidemment, il peut y avoir, dans certaines familles, des gens intéressés à se débarrasser d'un parent. Théoriquement, avec la loi de 1838, actuellement en vigueur, il suffit de s'assurer la complicité d'un médecin de la ville et celle du médecin directeur d'un établissement spécial, pour que le crime soit facile. Or, les médecins sont des hommes comme les autres, et une forte somme d'argent peut avoir raison de leurs scrupules.

Tel est l'argument de M. Reinach. Voici ce que répondent les médecins aliénistes :

Ce raisonnement est purement théorique. Pratiquement, réellement, il est tout à fait impossible de citer un seul cas avéré de séquestration arbitraire. Les faits auxquels on fait allusion sont définitivement controuvés : M. X... et M. Y... n'ont été internés que parce qu'ils étaient momentanément, mais sûrement aliénés, et leur certificat a été signé par des gens qui, pour tout l'or du monde, ne consentiraient pas à compromettre leur vieille et pure renommée. On ne sait pas assez combien les médecins sont sévères et circonspects en pareil cas : il y va de toute leur carrière, et leurs pairs seraient les premiers à les mettre à l'index, ainsi que des brebis galeuses.

Puis, disent-ils, par quelle autorité remplacerez-vous celle du médecin ? Qui donc donnera son avis ? Des magistrats ?... Mais des magistrats ne pourront jamais que s'en rapporter à l'opi-

nion médicale. Un spécialiste exercé peut seul savoir si un homme est véritablement aliéné. Trouvez donc à cela une solution pratique !

Voici, en résumé, celle que propose M. Joseph Reinach :

Un médecin, appelé par la famille, signe un certificat constatant l'aliénation mentale. Le malade est envoyé dans une maison de santé. Au lieu de le mettre, le jour même, en traitement, placez-le dans un quartier spécial d'observation, où il ne sera pas en contact avec les fous avérés, où il demeurera trois jours, pour permettre aux médecins de mieux confirmer le diagnostic, et à la justice de venir le vérifier. Si le malade est trop tapageur, évacuez-le tout de suite dans les pavillons de traitement, sauf à justifier le transfert.

Telle est la modification principale que le projet de loi apporte à la loi de 1838. Et c'est là précisément ce que les spécialistes déclarent impraticable. Voici pourquoi :

1° Il faudra construire, dans toutes les maisons de santé publiques ou privées, deux bâtiments nouveaux, un pour les hommes, un pour les femmes, et cela coûtera fort cher, car il entre, en moyenne, douze ou quinze aliénés par jour dans les asiles de la Seine ;

2° Dans ce pavillon d'observation et pendant ces trois jours, des aliénés bénins seront forcément en contact avec des furieux, ce qui ne peut que leur nuire ;

3° Supposez — le fait est fréquent — qu'un alcoolique soit amené, le soir, au moment de sa crise ; il est fort dangereux : le médecin en chef de l'établissement le fait passer d'urgence dans un quartier de traitement. Le lendemain matin, le magistrat arrive ; l'alcoolique est calme ; ce n'est pas son heure de délirer ; un bain prolongé l'a apaisé. Le magistrat s'indigne que, pour un homme d'apparences aussi douces, on ait violé la loi. Qui donc décidera si le médecin a eu tort ? Il faudra bien s'en rapporter à ses affirmations.

Tout récemment, il s'est passé le fait suivant : Au cours de sa tournée trimestrielle dans l'établissement dirigé par le docteur X..., un procureur de la République fut amené à voir un fou dont le délire était extraordinairement furieux. Et le magistrat de s'écrier : « En voilà un, par exemple, que l'on pourrait interdire, à coup sûr, n'est-ce pas ? »

Or, c'était simplement un homme atteint de manie aiguë, qui a guéri complètement en trois mois. Un magistrat n'aurait pas hésité à le priver de tous ses droits civils. Cela ne démontre-t-il pas que le médecin spécialiste est seul armé pour ne pas se tromper ? Quand il sait son métier, il suffit qu'il ne soit pas malhonnête ; et l'on ne peut pas citer un exemple de malhonnêteté avérée.

Tout est donc pour le mieux, disent les médecins, et c'est à peine si l'on peut apporter deux ou trois petits perfectionnements à la loi de 1838 qui a été merveilleusement comprise, qui est ce petit chef-d'œuvre de la législation sous Louis-Philippe.

J'ai vu de près le fonctionnement actuel de la loi sur les aliénés. Voici comment se passe l'internement d'un malade. On verra que les garanties actuelles ne sont pas vaines.

1° Une personne de la famille ou à son défaut un ami du malade, constatant l'impossibilité du traitement à domicile, signe une demande d'internement.

2° Un médecin, appelé par la famille, ou par l'ami, examine le malade, et, s'il le juge à propos, signe un certificat constatant l'aliénation mentale et concluant qu'il y a lieu de placer le malade dans un établissement spécial. La signature est contrôlée par le commissaire de police. Les médecins deviennent de plus en plus difficiles pour la délivrance de ces certificats : le plus souvent, ils appellent en consultation un spécialiste, avant de se prononcer, tant ils craignent de se compromettre.

3° Le malade est conduit dans une maison de santé. Le médecin en chef l'examine, et s'il l'accepte, il en est désormais responsable.

Le médecin en chef envoie dans les vingt-quatre heures à l'administration un certificat rédigé par lui, très détaillé, donnant tous les renseignements possibles sur l'état civil du malade et de la personne ayant demandé l'internement; ce certificat sur imprimé spécial est très méticuleux : il renferme force détails sur la nature du délire et ses conséquences.

4° Dans chaque établissement est un registre, toujours à la disposition de l'administration, où sont mentionnés avec précision :

La date de l'entrée;

La copie du certificat du médecin du dehors;

Le certificat du médecin en chef de la maison de santé;

Une copie de la demande d'admission;

Une copie de certificat de quinzaine, que l'on envoie régulièrement à la préfecture;

Des notes au jour le jour sur l'état du malade.

Chacun des imprimés que l'on est tenu d'envoyer à l'administration porte un état du nombre total des malades présents à telle date dans l'établissement.

Vraiment, ne pensez-vous pas que ce sont là de bonnes garanties et ne pensez-vous pas aussi qu'un médecin — à supposer qu'il soit malhonnête — ne peut être assez sot pour s'exposer avec un contrôle pareil?...

Voilà ce que m'ont dit les médecins que j'ai interrogés. A leur avis, la loi actuellement en vigueur est une bonne loi. On ne pourrait guère la remanier pratiquement qu'en deux points :

1° On pourrait peut-être obliger le commissaire de police ou le juge de paix à faire une enquête dans la famille du malade, au cours des vingt-quatre heures qui suivent l'internement. Cela rendrait plus difficile les velléités de captation.

2° L'administration actuelle des biens des aliénés en traitement peut donner lieu à d'assez graves inconvénients, paraît-il. On pourrait l'améliorer.

Mais ce point de vue-là n'a rien de médical, et je n'ai pas qualité pour le traiter.

En somme, les arguments des médecins aliénistes peuvent se résumer ainsi :

1° On ne peut pas citer un cas de séquestration arbitraire avéré.

2° Les modifications proposées ne sont pas pratiquement réalisables.

3° Les médecins aliénistes ne sont pas des brigands, et il n'y a aucun motif de faire peser sur eux une suspicion pareille. Leur intérêt est de rester d'honnêtes gens ; il leur serait, du reste, matériellement impossible de tromper la justice seulement pendant quelques heures. « Tant qu'à faire, me disait le docteur X..., pourquoi ne pas enchaîner les notaires dans leur étude, sous prétexte qu'ils peuvent lever le pied un jour ou l'autre?... »

Voilà comment la question se pose. La Chambre décidera quand le projet viendra en discussion ; mais les lois sur les aliénés ne vont pas vite. Le Sénat en a adopté une voilà des années, et elle dort, ainsi que dormira peut-être le projet, d'ailleurs presque identique, présenté par M. Reinach.

Dr HORACE BIANCHON. »

LES ALIÉNÉS EN LIBERTÉ.

— *Lorient*, 27 mars. — Un fou alcoolique, qui depuis huit jours prenait pension chez sa marraine, était resté couché hier dans la journée à la suite de blessures qu'ils s'était faites la veille.

Tout à coup il a sauté à travers la fenêtre du premier étage dans la rue et s'est précipité sur le sieur Hénanef, époux de sa marraine, qu'il a frappé d'un coup de couteau entre les deux omoplates. La blessure est profonde.

Le fou s'est alors enfui, complètement nu, chez un ami du voisinage auquel il a dit : « Je viens de tuer un gendarme. » (Le *Temps*, numéro du samedi 8 mars 1891.)

— On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 30 mars 1891) : « Un homme de haute taille entrait samedi dans les bureaux du télégraphe de la gare de Perrache, à Lyon, et remettait une dépêche à l'employé, M. Langarel. Sur l'observation de ce dernier que la dépêche était illisible, l'homme rendu subitement fou furieux, s'élança dans le bureau et se mit à frapper l'employé à tour de bras. Le gendarme de garde intervint et voulut maîtriser le fou qui se précipita sur lui à coups de pied et de poing et le mordit cruellement au poignet. Il ne fallut rien moins que l'intervention de quatre agents dont l'un fut encore blessé pour le maîtriser. Cet homme, nommé Ducloud, maréchal-ferrant à Mogneneins (Ain), était arrivé depuis peu de jours à Lyon pour se faire recevoir compagnon. Il a été conduit à l'asile de Bron. »

— *Autriche-Hongrie.* — On lit dans le *Temps* (numéro du samedi 4 avril 1891) : « Un drame épouvantable s'est passé hier dans une maison de la Burggasse, à Vienne. Un locataire de cette maison, le tapissier Kleinert, pris subitement d'un accès de folie, ouvrit le tuyau du gaz d'une chambre où sa famille était réunie et ferma la porte à clef afin d'asphyxier femme et enfants. La femme s'étant précipitée vers la porte pour la forcer, Kleinert la tua d'un coup de revolver et se brûla ensuite la cervelle. Quand les voisins enfoncèrent la porte, ils trouvèrent le fils aîné asphyxié. Deux filles et un garçon ont été ranimés et sauvés. »

L'*Agence Havas* envoie de Budapest la dépêche suivante, en date du 17 avril 1891 :

« Un crime épouvantable a causé dans la ville une profonde émotion. La femme d'un comptable nommée Kuhm a assassiné sa fille dans un accès de folie religieuse. Cette femme a coupé la gorge de sa fille et a ensuite traîné le cadavre de la victime dans le corridor de sa maison en s'écriant : « La voilà la fiancée du ciel ! »

Un crime analogue a été commis à Waizen, où un cordonnier, nommé Barnak, atteint d'aliénation mentale, a tué un chanoine nommé Etienne Bonda, pendant qu'il célébrait la messe, en tirant sur lui trois coups de revolver. Il s'est ensuite suicidé.

Ce malheureux croyait que ce prêtre, qui était intervenu dans un procès en divorce qu'il avait avec sa femme, avait empêché cette dernière de se réconcilier avec lui. »

ERRATUM.

Par suite d'une regrettable erreur de mise en pages, il s'est produit dans l'article de M. Cullerre : *Des névroses consécutives*

aux accidents, publié dans le dernier numéro des *Annales*, une transposition qu'il est de notre devoir de signaler.

Le passage qui commence par ces mots (p. 266) : « Voyons donc quel était..... » et finit par ceux-ci (p. 268) : «... trouvant sans difficulté leur place dans les cadres de la pathologie », doit trouver place immédiatement à la suite du paragraphe commençant par ces mots (p. 252) : « Chacun des travaux qui se sont succédé jusqu'ici..... »

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

Prix proposés pour 1892. — PRIX AUBANEL. — 2,400 francs. — Question : *Etude sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution.*

PRIX ESQUIROL. — Ce prix, de la valeur de 200 francs, plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

PRIX MOREAU (DE TOURS). — Ce prix, de la valeur de 200 francs, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1890 et 1891 dans les Facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

Nota. — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1891, chez M. le Dr Ant. RITTI, médecin de la Maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE TOME XIII[e] DE LA SEPTIÈME SÉRIE.

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

II. — Pathologie.

III. — Médecine légale.

IV. — Établissements d'aliénés.

V. — Revue critique.

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I.— Société médico-psychologique.

II. — Revue des journaux de médecine.

SOCIÉTÉS SAVANTES (1890).

JOURNAUX FRANÇAIS (1886-1887).

(Anal. par le Dr Camuset.)

JOURNAUX AMÉRICAINS (1886-1889)

(Anal. par le Dr V. Parant.)

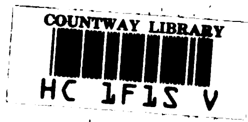
JOURNAUX ALLEMANDS (1888)

(Anal. par le Dr Al. Adam.)

III. — Bibliographie.

IV. — Variétés.

Paris. — Typographie GASTON NÉE, rue Cassette, 1. — 4047.


COUNTWAY LIBRARY
HC 1F1S V